

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Sociální práce s klienty se schizofrenií

Social Works With Clients With Schizophrenia

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:

Bc. Nikol Hemalová

Praha 2015

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce, Prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc., za její cenné rady, připomínky a metodické vedení této práce. Dále bych ráda poděkovala Radaně Kobylkové za spoustu cenných informací a pochopitelně všem, kteří byli ochotni vést se mnou rozhovor. Děkuji i své rodině za jejich podporu. Mé největší srdečné díky patří mému příteli Ondřejovi, za jeho trpělivost a shovívavost během celého tohoto procesu. Za jeho rady a připomínky, pomoc s formálními záležitostmi a především za obrovskou podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci s názvem „Sociální práce s klienty se schizofrenií“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

24. 6. 2015

Podpis autora:

Anotace

Diplomová práce s názvem „Sociální práce s klienty se schizofrenií“ pojednává o problematice schizofrenie jako závažného duševního onemocnění. Nalezneme zde nejdůležitější informace o tomto onemocnění. Jak se projevuje, jaké jsou jeho typy a jak onemocnění probíhá. Dále v této práci nalezneme informace o tom, jak probíhá sociální práce s touto cílovou skupinou, a to na území České republiky. Dozvíme se, co je to psychiatrická rehabilitace a jak by měla probíhat. Dále se dozvíme, jak by měl vypadat přístup sociálních pracovníků k takto nemocným lidem a jaká jsou specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, zejména se schizofrenií. Také bychom se zde měli dočíst, jaké konkrétní organizace a sdružení pracujících s takto nemocnými lidmi. V empirické části se práce zabývá tím, jak se klientům s tímto onemocněním žije, co onemocnění předcházelo a co následovalo, a především se zabývá informovaností těchto lidí právě o možnostech, jaké sociální služby mohou využívat.

Klíčová slova

Schizofrenie, Psychóza, Komunitní péče, Komunikace, Psychiatrická rehabilitace, Stigmatizace, Edukace, Rodina, Terapie

Annotation

Social Work With Clients With Schizophrenia is a dissertation concerning the problematics of schizophrenia as a serious mental disorder. It presents the most important matters of this disorder, such as how its manifested, what are its types and how it progresses. It handles the information about how the social work with this focus group is being executed in Czech Republic, what is a psychiatric rehabilitation and how it should be processed, how should social workers approach clients with this disorder and what are the specifics of social work with those clients. It presents examples of organisations and associations working with this focus group in Czech Republic. The experimental part is a research concerning how clients with schizophrenia perceive life, how the disorder started and continued and mainly how informed those clients are about the possibilities of social services.

Key words

Schizophrenia, Psychosis, Community Care, Communication, Psychiatric Rehabilitation, Social Stigma, Education, Family, Therapy

„Existuje mnoho nemocí, ale troufám si tvrdit, že jen jedna je naprosto jedinečná a odlišná od všech ostatních. Má mnoho podob, může mít velice barvité a rozvinuté příznaky, má různé formy průběhu, je u každého pacienta jiná a zcela specifická, a přesto je to vždy jedna a táž choroba – schizofrenie. Je to nemoc, před kterou se hluboce skláním.“

(KUČEROVÁ, 2010, s. 7)

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Obsah | 7 |
| Úvod | 9 |
| 1. Schizofrenie jako duševní onemocnění | 11 |
| 1.1 Obecně o schizofrenii | 11 |
| 1.2 Historie a vývoj pojmu | 11 |
| 1.3 Schizofrenie jako psychóza | 13 |
| 1.4 Symptomy | 14 |
| 1.4.1 Pozitivní symptomy | 15 |
| 1.4.2 Negativní symptomy | 16 |
| 1.5 Fáze nemoci | 16 |
| 1.5.1 Prodromy | 16 |
| 1.5.2 Akutní fáze..... | 16 |
| 1.5.3 Stabilizační fáze..... | 17 |
| 1.5.4 Stabilní fáze | 17 |
| 1.6 Typy schizofrenií..... | 17 |
| 1.6.1 Paranoidní schizofrenie | 17 |
| 1.6.2 Hebefrenní schizofrenie | 18 |
| 1.6.3 Katatonní schizofrenie | 19 |
| 1.6.4 Nediferencovaná schizofrenie | 19 |
| 1.6.5 Reziduální schizofrenie..... | 19 |
| 1.6.6 Simplexní schizofrenie | 19 |
| 1.6.7 Jiná schizofrenie..... | 20 |
| 2. Sociální práce s klienty se schizofrenií | 21 |
| 2.1 Specifika sociální práce | 21 |
| 2.1.1 Specifika podle průběhu nemoci..... | 21 |
| 2.1.2 Interdisciplinární specifikum práce s duševně nemocnými | 23 |
| 2.2 Vztah ke klientovi a komunikace s ním..... | 23 |
| 2.2.1 Základy vztahu s klientem | 24 |
| 2.2.2 Průběh a specifika vztahu s klientem | 24 |
| 2.3 Sociální pracovník v péči o duševně nemocné | 26 |
| 2.4 Schizofrenie a rodina nemocného | 27 |
| 2.5 Individuální a rodinná psychoedukace | 28 |

| | |
|--|----|
| 2.6 Case Management | 29 |
| 2.7 Krizové služby | 30 |
| 2. 8 Komunitní sociální práce s duševně nemocnými..... | 30 |
| 2.8.1 Obecně o komunitní péči | 30 |
| 2.8.2 Deinstitutionalizace vs. hospitalismus..... | 31 |
| 2.8.3 Typy a systémy komunitní péče | 32 |
| 3. Psychiatrická rehabilitace | 33 |
| 3.1 O psychiatrické rehabilitaci obecně | 33 |
| 3.2 Denní stacionáře..... | 34 |
| 3.3 Terapeutické komunity..... | 35 |
| 3.4 Socioterapie | 36 |
| 3.5 Pracovní rehabilitace | 36 |
| 3.5.1 Obecně o pracovní reahabilitaci | 36 |
| 3.5.2 Chráněné dílny | 37 |
| 3.5.3 Přechodná zaměstnání | 38 |
| 3.5.4 Podporovaná zaměstnání | 38 |
| 3.6 Služby v oblasti bydlení | 38 |
| 4. Výzkum postojů klientů se schizofrenií..... | 40 |
| 4.1 Cíle šetření | 40 |
| 4.2 Výzkumné metody..... | 40 |
| 4.3 Metodika a průběh výzkumu | 40 |
| 4.4 Plné znění úkolů | 42 |
| 4.5 Popis úkolů | 43 |
| 4.6 Soubor respondentů..... | 47 |
| 4.7 Text a analýza odpovědí respondentů | 48 |
| 4.8 Analýza souvislostí | 67 |
| 4.9 Shrnutí výzkumu..... | 67 |
| Závěr | 69 |
| Seznam použité literatury | 71 |
| Summary..... | 73 |
| Přílohy | 74 |

Úvod

Už dlouhou dobu se čím dál, tím víc zajímám o lidské myšlení, jeho hloubku, komplikovanost a tajemnost. Často se totiž divím, proč lidé jednají tak, jak jednají, když já bych jednala úplně jinak, a pak musím dlouze přemýšlet, co všechno je k tomu vedlo.

Schizofrenie mne zaujala okamžitě, co jsem se o ní více dozvěděla, a to právě pro svou různorodost a jinakost v jednání, prožívání, ale především právě v myšlení, které mě na schizofrenii nepřestává fascinovat. Různorodost a mnohotvárnost prožitků, které ji provázejí, je pro nás, „normálně“ smýšlející nepředstavitelná. Tento rys mě na schizofrenii velmi zaujal a okamžitě jsem věděla, že se o tomto onemocnění chci dozvědět více. Velmi mě začalo zajímat, jak probíhá myšlení těchto lidí.

Proto jsem se rozhodla věnovat se prozatím této oblasti alespoň v dobrovolnické sféře, a tak působím jako dobrovolník v organizaci následné péče Dobroduš spadající pod Diakonii ČCE. Tím pádem jsem v pravidelném a poměrně těsném kontaktu se ženou, která trpí tímto typem psychotického onemocnění. Díky našemu pravidelnému kontaktu mohu být svědkem toho, jak je život pro lidi se schizofrenií velmi náročný, zmatený, nejistý a kolika překážkám musejí tito lidé v každodenním životě čelit. Díky této zkušenosti jsem si také uvědomila, že se společnost k těmto jedincům stále nechová příliš vřele, ale spíše velmi nejistě. Dokonce bych si troufla říci, že ze společnosti mnohdy cítím strach z takto handicapovaných lidí. Nerozuměla jsem tomu, vždyť proč bych se přeci s někým přestala přátelit jen pro to, že ten dotyčný někdy prodělal rýmu? Tato situace by mi přišla asi stejně absurdní. Ale když jsem se začala hlouběji zajímat, co život se zkušeností s psychotickým onemocněním provází, zjistila jsem, že tento postup je bohužel zcela běžný a tito lidé mnohdy prožívají život v obrovské samotě.

A není ani potřeba chodit příliš daleko, mnohdy stačí nahlédnout pouze do rodin schizofrenních jedinců, abychom zjistili, v jaké osamělosti se nacházejí. Zdrucujícím zjištěním pro mě bylo, že kamenem úrazu je mnohdy právě rodina, která takto nemocnému jedinci není schopna poskytnout dostatečně pevnou, chápavou a tolerantní oporu. Někdy možná ani nechce (jak jsem například vyzorovala u „své“ klientky), což bývá zapříčiněno často špatnou komunikací a malou informovaností, do jisté míry mnohdy i nezájmem. Tito lidé nevědí, jak s nemocným jednat, ale ani nevědí, že tyto informace mohou a měli by někde získat. Proto jsem se rozhodla psát o tomto tématu, abych se alespoň svou malou troškou mohla pokusit měnit pohledy a názory lidí na tuto diagnózu, která je stále velmi stigmatizována.

Téma, které jsem si vybrala, jsem zvolila hlavně z toho důvodu, abych zde mohla apelovat na jedince, kteří mají ve své blízkosti takto handicapovanou osobu, aby se zajímali o její problémy o to, s čím se potýká, o závažnost tohoto onemocnění a hlavně, aby této osobě naslouchali. Nejen rodiny takto nemocných, ale celá společnost. Aby tito jedinci nebyli zavržováni, odsuzováni a izolováni na okraj společnosti, jak tomu bylo dříve a bohužel mnohdy stále je. Protože když se zastavíme a pokusíme se vcítit, tak zjistíme, že tito lidé žijí mnohdy v daleko větším strachu, než jaký my máme nárok mít z nich, a přesto se tak stává. A tyto projevy nepřijetí následně tuto nelehkou situaci ještě zhoršují.

Primárně mým cílem je podat přehled o typech sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu a o tom, co od nich mohou očekávat. Dalším cílem bylo, aby lidé, kteří mou práci otevrou a chtějí se věnovat této blahorodé činnosti (kterých bude doufám jen přibývat), se mohli inspirovat tím, co jsem načerpala od autorů zabývajících se

touto problematikou já. Měla by tedy sloužit jako stručný návod, jak s těmito lidmi komunikovat a jednat a jak při práci s nimi postupovat. Také bych byla ráda, aby má práce mohla sloužit jako inspirace pro ty, kteří tápou a nevědí, že existují desítky služeb, sdružení a organizací, kde je vyslechnou a budou se snažit pomoci. A v neposlední řadě je cílem této práce, jak již bylo řečeno, vybídnout příbuzné a známé, aby se do podpory zapojili, a podat informace o tom, jakým způsobem mohou být o tomto onemocnění více poučeni a jaké postupy jsou vhodné a žádoucí.

V první kapitole bych ráda představila schizofrenii jako takovou. Stručně ji definovala, popsala, jak probíhal její vývoj pohledu na ni z historického hlediska. Dále kapitola pojednává, jakým způsobem se projevuje. V této kapitole také stručně charakterizují jednotlivé typy schizofrenií a dále zde najdeme, jak celé onemocnění probíhá v souvislosti s léčbou.

V druhé kapitole se dozvíme, jak vypadá sociální práce s touto cílovou skupinou, jaká jsou specifika této práce a jaké principy vedou k vzájemné dobré spolupráci pracovníka s klientem. Jak by měla probíhat informovanost blízkých s touto diagnózou, tedy edukace, a čeho by se rodina měla v přístupu ke svému nemocnému členovi rodiny vyvarovat. Dále tato kapitola pojednává o komunitní péči, která by se díky psychiatrické reformě měla dostat do popředí před péčí lůžkovou; dozvíme se i výhody těchto kroků.

Třetí kapitola pojednává o psychiatrické rehabilitaci a o tom, jaké konkrétní terapie slouží k dobrému zvládnutí nemoci. Tedy především se v této kapitole dočteme, co je to socioterapie, co je pracovní terapie a jaké jsou její možnosti, a také tato kapitola pojednává o možnostech bydlení pro takto znevýhodněné jedince.

V praktické části bylo cílem mého výzkumu zjistit, jaké služby využívají klienti se schizofrenií a jakým způsobem se o nich dozvěděli. Zda si přijdou informováni a jak jsou se službami spokojeni, potažmo co jim v této nabídce chybí. Tomuto předchází otázky, jaké prožitky mé dotazované provázely před onemocněním, během propuknutí onemocnění a po něm. Jaké měli dětství a jaké dospívání, zda se dá předpokládat, že jejich dětství sehrálo nějakou úlohu v tom, proč u nich nemoc propukla, či zda vidí sami někde příčinu. A v neposlední řadě jak vnímali reakce rodiny a okolí, když získali tuto diagnózu, potažmo jakým způsobem nemoc změnila jejich život.

1. Schizofrenie jako duševní onemocnění

Schizofrenie je závažné psychické onemocnění, které způsobuje narušení téměř všech psychických funkcí. V popředí tohoto závažného onemocnění stojí poruchy myšlení, vnímání a emotivity (ČEŠKOVÁ, PŘIKRYL, 2013, s. 10). Její příznaky jsou velmi různorodé, tím pádem pokrývají celé spektrum lidského myšlení, vnímání, emocí a chování (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 342).

1.1 Obecně o schizofrenii

Schizofrenie je nejzávažnější duševní onemocnění a postihuje zhruba 1 až 1,5 % populace, přičemž postihuje obě pohlaví stejnou měrou. Většinou vzniká mezi 15. a 30. rokem života, ovšem nejčastěji se projevuje v období mezi patnáctým a dvacátým rokem, čili v postpubertálním období života. Kvůli jeho charakteristice jej řadíme do psychotických onemocnění.

Pro schizofrenii jsou typické poruchy myšlení a vnímání, které se projevují nejčastěji bludnými přesvědčeními a halucinacemi. Realita takto nemocných lidí je tedy velmi zkreslená a jejich život velmi náročný. Obtíže mají takovou hloubku, že plně prostupují do života, který zásadním způsobem mění.

Pro průběh onemocnění platí tzv. třetinové pravidlo. To znamená, že zhruba třetina lidí prožije dvě nebo tři psychotické krize, neboli ataky, poté nemoc zcela ustoupí a dále mohou jedinci žít bez jakýchkoli psychiatrických problémů. U druhé třetiny se nemoc v různých intervalech vrací až do konce života, což ovlivní fungování těchto lidí v různých životních rolích. I tito lidé mohou žít relativně spokojený, téměř nezávislý život. U poslední třetiny příznaky nemoci zcela neustoupí ani po dlouhodobém léčení a tito lidé zůstávají uzavřeni ve svém psychotickém světě.

Existuje řada teorií o vzniku tohoto onemocnění (virová, imunologická, genetická a další). Jasnou příčinou si ale odborníci zatím stále nejsou zcela jisti. Jisté ale je, že jde o souhru především **biologických a psychosociálních faktorů**. Biologické faktory vytváří vnitřní dispozice, tou je například citlivost, mezi faktory psychosociální patří především emoční klima rodiny během vývoje a vztahy a postavení jedince v kolektivech. Když se k těmto faktorům přidá stres, vzniká onemocnění. Známé také je, že u těchto jedinců dochází k nerovnoměrnému rozložení neurotransmitérů a to především dopaminu a serotoninu, které jsou zodpovědné za přenos informací mezi buňkami. U lidí se schizofrenií je v některých částech mozku těchto látek buďto nadbytek, nebo naopak nedostatek (volně podle JAROLÍMEK, 2006).

1.2 Historie a vývoj pojmu

Schizofrenie je slovo řeckého původu - *schizo* znamená štěpit, *phren* rozum a myšlení, dohromady tedy „rozštěp mysli“. V medicínských textech je toto onemocnění popsáno už v období antiky. Prošlo dlouhým vývojem a dá se říci, že ani v současnosti nelze tento vývoj považovat za ukončený. Klinické pojetí se mění asi nejvýrazněji v posledních dvou stoletích. Obrovský posun v této oblasti a v psychiatrii vůbec má na svědomí přední německý psychiatr Emil Kraepelin, který přišel v roce 1896 se souhrnem psychotických syndromů pod diagnostickou jednotkou *dementia praecox*, u které vymezuje tři typy. Katatonní, hebefrenní a paranoidní. Onemocnění ale chápal ale spíše jako předčasné hloupnutí a pokoušel se najít organické příčiny (MALÁ, 2005, s. 9). Kraepelin

je mimo jiné považován za „otce moderní psychiatrie“ a za objevitele schizofrenie a maniodepresivní poruchy, dnes známé jako bipolární afektivní porucha.

Ovšem pojem schizofrenie jako takový do psychiatrie zavedl až švýcarský psychiatr Paul Eugen Bleuler. Použil ho poprvé v roce 1908, kdy prováděl studii 647 pacientů léčených na klinice v Burghölzli u Zürichu (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 555). V roce 1911 ve své monografii *Dementia praecox oder die Gruppe Schizophrenien (Předčasná demence nebo skupina schizofrenií)*, přichází s tím, že nejvýznamnějším rysem onemocnění je štěpení různých psychických funkcí, čili s novým konceptem Kraepelinovy *dementia praecox*. Na rozdíl od Kraepelinovy deteriorace (degenerace, úpadek) považuje Bleuler za hlavní příznak právě rozštěp mysli. Proto název schizofrenie. Deteriorace podle něj není nezbytný rys schizofrenie (EGGERS in MALÁ, 2005, s. 10). Bleuler ve své práci vysvětluje: „Nazývám *dementia praecox schizofrenií* proto - jak doufám poukazuji – že rozštěp různých psychických funkcí je jednou z nejdůležitějších charakteristik. Z praktických důvodů používám termín v singuláru, ačkoli je zřejmé, že se jedná o skupinu zahrnující několik nemocí“ (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 555).

Zpochybnil v té době převládající názor, že duševní poruchy jsou následkem organického poškození mozku, a prosazoval názor, že příčina je původu psychického (OREL A KOL. 2012, s. 120). Kromě toho přidává čtvrtou kategorii a to schizofrenii simplexní (EGGERS in MALÁ, 2005, s. 10).

Tady bych si dovolila malou vsuvku. Tento pojem, rozštěp osobnosti, je laickou veřejností mnohdy stále chápán mylně, a to tak, jakoby v jedinci existovali dvě, nebo více odlišných osobností. Tento výklad je, jak píše Doubek, Praško a kolektiv, zcela nesprávný (DOUBEK, PRAŠKO A KOL., 2008, s. 11).

Bleuler rozeznával několik typů *štěpení*. Asociační štěpení, štěpení psychických funkcí a štěpení do různých osobnostních částí. Tato štěpení u schizofrenie později formuloval jako základní příznaky této nemoci. Kromě nich dále rozlišoval poruchy asociací, poruchy afektivity (oploštělé emoční projevy), ambivalenci (vzájemně neslučitelné postoje a afekty) a autismus. Mluvíme o tzv. **Bleulerových „4A“**. Bludy a halucinace považoval za příznaky akcesorní neboli vedlejší (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 40). Jako první také definoval tzv. pozitivní a negativní schizofrenní symptomy (OREL A KOL., 2012, s. 120).

K jednoznačnější definici schizofrenie přispěl dále v padesátých letech minulého století německý psychopatolog Kurt Schneider, který se zabýval zlepšením diagnostických metod v psychiatrii. Ten definoval tzv. **příznaky prvního řádu**, jejichž výskyt má být pro schizofrenii určující (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 40). Těmito příznaky jsou: „ozvučování myšlenek, slyšení hlasů ve formě konverzace, slyšení hlasů, které doprovázejí vlastní počínání poznámkami, tělesné prožitky ovlivňování, odnímání myšlenek a další ovlivňování myšlenek, šíření myšlenek, bludné vnímání, vše ovlivňované a „činěné jinými“ v oblasti citové, pudové a volní“ (LIBIGER, 1990, s. 17). Schneider je nazýval také *alopsychismy*, což jsou psychické obsahy, kde se vyskytuje více propustná hranice mezi vnějším a vnitřním světem. Tyto příznaky i přes kritiku nadále zůstávají jádrem současných klasifikačních systémů (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 40).

Na závěr bych jen ráda dodala, že se jedná o velmi stigmatizované onemocnění. Léčebná zařízení byla historicky v důsledku stigma vykázána do izolovaných míst; proto se léčebny často nacházejí na okrajích měst. Stigma ovlivnilo strukturu kolem takto nemocných lidí a tito jedinci čelí řadě neobvyklých situací. „Výsledkem může být nízké sebevědomí, omezená sociální síť i ztráta příjmu.“ Pro pacienty je stigmatizace zátěží a stres s ní

spojený může zhoršovat průběh schizofrenie. Proto je podle Bankovské-Motlové a Španiela úkolem psychiatrie 21. století schizofrenii přejmenovat (BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2011, s. 75, 11).

1.3 Schizofrenie jako psychóza

Schizofrenie je duševní onemocnění, které díky své charakteristice a závažnosti řadíme do skupiny psychotických onemocnění. Dalo by se dokonce říci, že je jejím prototypem.

Pro zpřehlednění si zařadíme schizofrenii mezi ostatní duševní nemoci, nebo lépe řečeno oddíly duševních nemocí, a to podle Mezinárodní klasifikace nemocí, podle její 10. revize (dále jen MKN-10). Duševní poruchy a poruchy chování tedy jsou: „*Organické duševní poruchy včetně symptomatických, Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, **Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, Afektivní poruchy (poruchy nálady), Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, Poruchy osobnosti a chování u dospělých, Mentální retardace, Poruchy psychického vývoje, Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání a Neurčená duševní porucha.***“ Všechny tyto poruchy se ještě dále dělí (MKN-10, s. 189).

Jak bylo již zmíněno, schizofrenii řadíme do nemocí psychotického charakteru, ačkoli se v některé literatuře můžeme dočíst, že termín psychóza se pomalu opouští nebo že je jeho užívání nejednotné (MALÁ, 2005, s. 9). Ovšem stále mluvíme o psychotických příznacích nebo o psychotické atace. Nicméně bych ráda jen krátce popsala, co se pod pojmem psychóza skrývá, jelikož toto slovo je podle mého názoru se schizofrenií neustále velmi těsně spjato.

Slovo psychóza je řeckého původu. Od slova *psyché* neboli duše člověka s koncovkou *-óza*, v medicíně používané k vymezení pojmu nemoc. Čili **nemoc duše** (DOUBEK, PRAŠKO A KOL., 2008, s. 10). „*Jako psychózy označujeme ty stavy, při kterých dochází k poruše kontaktu s realitou. Znamená to, že v psychóze jinak vnímáme, myslíme a prožíváme*“ (PRAŠKO, BAREŠ A KOL., 2001, s. 8).

Pod tímto pojmem se rozumí skupina různých duševních nemocí, které mají společné výrazné narušení psychických funkcí, nemocný trpící psychózou vnímá odlišně svět kolem sebe potažmo i sebe sama. Zjednodušeně lze říci, že nemocný nedokáže jasně rozpoznat, co je skutečnost a co ne (MOŽNÝ, 1997, 1999, s. 3). Podle Doubka, Praška a kol. při psychóze „*společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií. Nemocný trpící psychózou se v tomto novém světě uzavírá, odtrhává se od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí*“ (DOUBEK, PRAŠKO A KOL., 2008, s. 10).

Psychotická onemocnění bývají charakterizována především bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním a – jak již bylo zmíněno – poruchou vnímání reality. Dalším výrazným rysem je, že pro člověka takto nemocného má všechno nějaký význam a velkou důležitost. Objevují se symboly a jinotaje (PRAŠKO, BAREŠ A KOL., 2001, s. 8). Kromě schizofrenie do psychotických onemocnění řadíme: *schizotypální poruchu, trvalé duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovanou poruchu s bludy, schizoafektivní poruchy, jiné neorganické psychotické poruchy a nespecifickou neorganickou psychózu* (ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006, s. 183).

Duševní nemoci psychotického charakteru se dělí do tří základních skupin. První skupinou jsou psychózy tzv. **organické** nebo také involuční. To jsou ty nemoci, u kterých je jasná příčina. Bývají způsobeny poškozením

mozkové tkáně (DOUBEK, PRAŠKO A KOL., 2008, s. 10), především degenerativními změnami mozku ve stáří. Další skupinou jsou psychózy **toxické**; to jsou ty, které jsou způsobeny otravou některými jedy nebo chronickým nadužíváním alkoholu či drog. O těchto prvních dvou skupinách hovoříme jako o psychózách symptomatických, jelikož jejich příčina je známa. Třetí skupinou, u které je příčina dosud nejasná, jsou psychózy **funkční** nebo také endogenní. U této skupiny nelze zjistit poškození mozku, jeho funkce je ale výrazně narušena (MOŽNÝ, 1997, 1999, s. 3). „*Neprovází je žádné zjistitelné a typické poškození nebo ovlivnění činnosti mozkové tkáně.*“ Podle Doubka, Praška a kol., do okruhu funkčních psychóz patří kromě schizofrenie dále: „*akutní a přechodné polymorfni psychotické poruchy, porucha s bludy, schizoafektivní porucha a schizotypální poruchy.*“ Ačkoli klasifikace funkčních psychóz se neustále vyvíjí, schizofrenie je z této skupiny podle těchto autorů kvůli své výrazné poruše myšlení, citů, vnímání a chování nejzávažnější. Zároveň je nejvíce prozkoumaná a popsaná, takže postupy diagnostiky a léčby ostatních psychóz vycházejí z výzkumu a léčby schizofrenie (DOUBEK, PRAŠKO A KOL., 2008, s. 10, 11).

Ovšem je známo, že se naše psychika během života neustále dynamicky mění a rozvíjí a někdy dochází k silným otřesům všeho, čemu jsme doposavad věřili. Stav, kdy je těžké rozlišit, co je skutečné a co není, mohou nastat i v různých vypjatých stresových situacích, při náboženském vytržení a podobně. Zkrátka při velmi silných emočních prožitcích. Například jen během dospívání se mohou objevovat různé silné pocity, úvahy a touhy. Pokud jim ostatní nerozumí a dávají nepochopení a odmítání najevo, může to vést k tomu, že se mladý člověk izoluje a začne si vytvářet svůj vlastní svět. Dále mohou stavy podobné psychóze nastat třeba při procesu nějakého otevírání se neznámým „sférám“, například při těžkých osobních krizích nebo pod vlivem drog. S těmito stavy se mohou setkat lidé praktikující jógu, mystiku nebo třeba při holotropním dýchání. „*Podivné světy a situace, do kterých se v psychóze můžeme dostat, však nejsou něčím, co by vytvářela nemoc samotná. Nacházejí se v duši každého člověka.*“ Stejně jako je tomu s našimi sny. Ve snech se odehrávají prapodivné situace a příběhy, které by nikoho ani nenapadly v bdělém stavu a podobně jako v psychóze jsme v našich snech hlavními aktéry a zároveň děj sledujeme. Rozdíl je v tom, že během snu pracuje naše psychika pouze se vzpomínkami a uvolněnou fantazií, kdežto v psychóze se tyto postupy promítají do reality všude kolem nás.

Podle Praška, Bareše a kolektivu se lze na psychózu dívat jako na jakési otevření brány, cesty nebo kanálu chceme-li, mezi hlubšími, vědomě neovládanými vrstvami psychiky, neboli nevědomím a mezi fakty vnější reality, včetně naší dosavadní zkušenosti (PRAŠKO, BAREŠ a kol. 2001, s. 6).

1.4 Symptomy

„*Za základní příznaky schizofrenie považujeme poruchy myšlení a jednání*“ (RABOCH A KOL., 2012, s. 78). Symptomy můžeme rozdělit do čtyř skupin. První skupinou jsou psychotické neboli **pozitivní symptomy**. Druhou skupinou jsou **symptomy negativní**, kterými jsou poruchy iniciativy a motivace, doprovázené sociálním stažením. Třetí skupinou jsou **symptomy kognitivní**, které se projevují poruchami poznávacích funkcí, především paměti, pozornosti a exekutivních funkcí. Poslední skupinou jsou **symptomy afektivní**, které bývají depresivní nebo manické. Podrobněji se zaměříme pouze na příznaky pozitivní a negativní.

1.4.1 Pozitivní symptomy

O těchto symptomech lze říci, že jsou v psychice „něčím navíc“ (např. bludy, halucinace). Jde o ozvučování, vkládání či odnímání myšlenek. Tomuto jevu se také říká **intrapsychické halucinace**. Nemocní mívají pocit, že jim myšlení někdo ovlivňuje, že jim někdo myšlenky do hlavy vkládá nebo naopak odnímá; že je jeho hlava jako otevřená kniha, ve které si mohou všichni přečíst, co si myslí.

Dalším pozitivním symptomem jsou **bludy**. Blud je patologickou poruchou myšlení. Jedná se o bludná přesvědčení, která jsou natolik pevná, že je nemocnému nelze vymluvit, a to i přes to, že existují důkazy o tom, že to pravda není. Nejčastěji tento blud začíná vztahovostí; nemocní mívají pocit, že se na ně okolní svět zaměřil (BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2011, s. 14, 15). Svým patologickým přesvědčením je nemocný zcela ovládán a pod jeho vlivem i jedná.

Nejčastější jsou bludy paranoidní, tedy vztahovčné, které často mívají perzekuční (pronásledovací) nebo emulační (žárlivecký) charakter. Dalším typem jsou bludy hypochondrické, kdy jsou nemocní nevývratně přesvědčeni, že trpí nějakou vážnou chorobou. Časté jsou též bludy religiózní, tedy s náboženskou tematikou; nemocní jsou přesvědčeni, že jsou například spasiteli světa. Dále paranoidní bludy s technickým obsahem, kdy má nemocný pocit, že je sledován kamerami, mikrofony, paprsky nebo různými přístroji (KUČEROVÁ, 2010, s. 12). Časté jsou také bludy megalomaničké, kdy je nemocný přesvědčen o své nereálné důležitosti, nebo naopak mikromanické, kdy je nemocný naopak přesvědčen o své nicotnosti. Bludů je velká řada, bohužel zde není prostor na jejich vyjmenování; jen bych ráda uvedla příklady dvou, které se objevují velmi často – jde o blud extrapolace (přesvědčení o mimořádných schopnostech) a autoakuzaci, neboli obviňující blud.

Dalším pozitivním symptomem jsou **halucinace**. Halucinace jsou poruchy vnímání a je jich mnoho druhů. Sluchové, kterým u schizofrenie říkáme **hlasy**, dále zrakové (neboli vidiny), taktilní (dotykové), čichové a chuťové. Dá se tedy říci, že můžeme halucinovat všemi smysly. U schizofrenie se nejčastěji vyskytují halucinace sluchové, které komentují jednání dotyčného nebo o něm hlasy mezi sebou hovoří. Mohou kritizovat chování nemocného, nebo je hlasů více a jeden chválí a druhý kritizuje. Hlasy mohou i přikazovat; nemocnému často zakazují mluvit. O nemocném také často hovoří ve třetí osobě. Tato představa je velmi nepříjemná (BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2011, s. 16). Hlasy mohou patřit jak člověku známému, tak cizímu. Někdy může nemocný slyšet pouze nějaké zvuky, hudbu nebo třeba štěkot psa (KUČEROVÁ, 2011, s. 11).

Jako další pozitivní symptom uvádí Bankovská-Motlová se Španielem (2011) **dezorganizaci**. Tato dezorganizace se týká projevu a řeči. V důsledku formální poruchy myšlení se u schizofrenních nemocných objevuje myšlení nesouvislé a mluvení „z cesty“. Řeč je dezorganizovaná v mnoha ohledech. Objevují se neologismy, inkoherece (projev nemá „hlavu ani patu“), zárazy, mutismus (chvilkové oněmnění) nebo echolalie, kdy nemocný opakuje, co říká někdo jiný. Dezorganizace v chování se projevuje například zanedbáváním péče o zevnějšek nebo nápadností v oblékání. Dále třeba tak, že pacient nepřijímá potravu, toulá se, neudrží kolem sebe pořádek či denní řád.

Poruchy motoriky jsou dalším takovým symptomem. Projevují se buďto zvýšenou motorickou aktivitou nebo naopak stuporem, kdy se nemocný nepohybuje vůbec. Mimovolní pohyby, postoje a úklony mohou tvořit katatonní syndrom, který se projevuje manýrováním, grimasováním, stereotypií nebo třeba katalepsií (zaujímání nepřiměřených pozic) nebo tzv. voskovou ztuhlostí, kterou je v odborné terminologii nazývána *flexibilitas cerea*.

1.4.2 Negativní symptomy

„Mezi nejčastější projevy patří plochý afekt, snížená emoční reaktivita, chudost řeči, ochuzení zájmů včetně sníženého zájmu o sociální aktivity a ztráta iniciativy.“ Předpokládá se, že tyto příznaky jsou přítomny paralelně s příznaky pozitivními. Ovšem naplno se manifestují až po odeznění akutních psychotických příznaků. Zpravidla tak bývá záhy po propuštění z nemocnic; klienti nejsou schopni vymyslet si program, jsou zpomalení, připadají si neschopně, nemají nápady, motivaci ani chuť cokoli dělat, ostatním se vyhýbají, jsou apatičtí a bez zájmu. Nemocným chybí vůle, což je jim často ze stran blízkých vyčítáno, jako by nemocný byl jen líný, což je častým omylem. Tento jev nazýváme **abulií**.

Afektivním oploštěním se rozumí neměnný výraz v obličeji, chudost pohybů, absenci očního kontaktu atd. (BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2011, s. 18-20).

1.5 Fáze nemoci

„Stejně jako konkrétní obraz i průběh schizofrenie bývá velmi variabilní. Obecně lze pouze říci, že čím dříve se onemocnění začne léčit, tím větší je šance na příznivý vývoj v budoucnu.“ Odlišnosti ve vývoji můžeme u části nemocných vystopovat již v dětství. Toto premorbidní období však nemá specifický charakter a vyskytovat se vůbec nemusí (což jsem si i ověřila ve výzkumu). Ovšem co vlastnímu onemocnění předchází, je **prodromální období** (OREL A KOL., 2012, s. 115). Následuje akutní ataka (propuknutí, popř. výrazné znovuzesílení pozitivních příznaků), proto toto období nazýváme **akutní fází**. Poté následuje **fáze stabilizační**, která je křehkým obdobím po odeznění akutních příznaků a poslední fází je **fáze stabilní**, kdy jde především o to, předejít relapsu a udržet remisi (přechodné vymizení příznaků).

Pro průběh schizofrenie platí tzv. **třetinové pravidlo**. Toto pravidlo nám říká, že u jedné třetiny nemoc po 1-3 psychotických atakách zcela vymizí, a tito lidé mohou žít nadále bez jakýchkoli psychiatrických problémů, u druhé třetiny se nemoc občas vrací, fungování těchto lidí je nemocí již značně ovlivněno, u poslední třetiny příznaky nemoci neustupují ani po dlouhodobé léčbě. Tuto variantu nazýváme **chronickou** (JAROLÍMEK, 2006, s. 13).

1.5.1 Prodromy

Jde o stadium, kdy se objevují negativní příznaky; hloubavost či vztahovačnost. Typické jsou poruchy nálad, objevuje se deprese či úzkost, z kognitivních symptomů roztržitost a obtížné soustředění, dále sociální stažení, obsedantní symptomy a do určité míry i pozitivní symptomy, jako iluze nebo magické myšlení. Toto období může trvat několik let. Než přijde první kontakt s léčbou, zpravidla tak rok postupně narůstá psychotická symptomatika. Motlová s Koukolíkem uvádějí, že pacienti zpětně jako nejčastější příznak uvádějí vztahovačnost (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 320). Jelikož toto onemocnění postihuje mladé lidi, prodromální období je záležitostí puberty či rané dospělosti (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 351).

1.5.2 Akutní fáze

V akutní fázi nemoci dochází k prudkému a náhlému propuknutí psychotických příznaků neboli atace. „Ataka psychózy zahrnuje období pozitivních, negativních i kognitivních příznaků. Obvykle trvá 6 měsíců. Plně

rozvinutá ataka zpravidla vrcholí ztrátou náhledu a zhoršením kontaktu s realitou. V tomto období je pacient obvykle hospitalizován“ (BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2011, s. 31).

V této fázi je podle autorů nutná neprodlená farmakologická léčba, kterou je potřeba skloubit s navázáním terapeutického vztahu (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 321). Ve světě ale existují i takové skupiny, které medikaci i v této fázi podávají jen v krajních případech a snaží se o zvládnutí ataky jinými metodami (např. ve Finsku, projekt „Otevřený dialog“). Cílem léčby v akutní fázi je odstranění pozitivních příznaků. Psychosociální intervence by měla minimalizovat stres, komunikace by měla být jasná a prostředí strukturované, tolerantní a trpělivé. Nemocný by měl být edukován (poučen o nemoci) a povzbuzován ke spolupráci, stejně jako jeho rodina (edukace klienta i jeho rodiny hrála také významnou roli ve výsledcích výzkumu). Do dvou měsíců by se měla dostavit odpověď na tuto intervenci, aby mohla nastat fáze stabilizační, kdy by mělo pomalu docházet k obnovování normálního fungování (ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006, s. 195).

1.5.3 Stabilizační fáze

Touto fází se rozumí odeznívání psychotických příznaků a je v klinické praxi nazývána výstižným pojmem „křehká“ remise. Pacient bývá i po dobu několika měsíců výrazně zranitelný vůči stresu. „*Psychosociální intervence mají v této fázi klíčový význam*“ (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 323). Cílem léčby v této fázi tedy je stabilizace a snaha udržet získané zlepšení. Pacient je náchylný k relapsu, neklademe tudíž velké nároky. Bývá většinou propuštěn z hospitalizace; psychosociální intervence by měla být podpůrná a ne příliš direktivní. V této fázi přetrvávají negativní příznaky a kognitivní deficit, které ustupují pomalu (ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006, s. 196).

1.5.4 Stabilní fáze

Ve stabilní fázi jde především o udržovací terapii, jejímž cílem je prevence relapsu a rozvoje negativních schizofrenních symptomů nebo alespoň zmírnění jejich progresu (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 328). Cílem léčby v této fázi tedy je kromě prevence relapsu dosažení remise a její udržení. Farmakoterapie spočívá v dlouhodobé udržovací léčbě, za pomoci minimálních účinných dávek. Psychosociální intervence je cílena na rodinu, přičemž se nemocného snažíme pracovně zapojit. Z psychoterapeutických přístupů je za nejvhodnější považovaná kognitivně-behaviorální psychoterapie (ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006, s. 196).

1.6 Typy schizofrenií

Schizofrenii dělíme na osm typů, ačkoli v některých knihách se můžeme dočíst, že základní typy schizofrenie jsou pouze čtyři. Toto rozdělení je ale spíše teoretické, jelikož průběh onemocnění je velmi různorodý a tyto formy se mohou různě překrývat či přecházet jedna v druhou. Čili lze říci, že se jedná spíše o skupiny příznaků, nežli jasně vymezené diagnostické jednotky (VÁGNEROVÁ, 2014, s. 334). Záměrně zde vynechávám postschizofrenní depresi, jelikož se jedná spíše o depresi, většinou bez psychotických příznaků.

1.6.1 Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejčastěji se vyskytující typ schizofrenie. Typickým rysem tohoto druhu schizofrenie je blud. Tento blud bývá spojen s ohrožením, které se nemusí vztahovat pouze k nadpřirozeným bytostem, ale i k určitým

reálným lidem, členům rodiny, sousedům a tak dále (VÁGNEROVÁ, 2014, s. 334). Dominují relativně trvalé bludy, často perzekučního charakteru (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 344).

U tohoto typu schizofrenie jsou zcela běžné halucinace, a to nejčastěji sluchové, které se projevují ve formě hlasů. Tyto hlasy mohou něco přikazovat, hrozit, komentovat jednání, popřípadě něco významného a tajného sdělovat. Někdy nemusí mluvit přímo k nemocnému, ale pouze o něm. Kromě pocitů ohrožení a s tím spojené podezřivosti se často objevuje patologická žárlivost. Lidé trpící paranoidní schizofrenií bývají emočně oploštění nebo nenápadní. Typická je porucha vůle. Bývají hypobulití, k potřebné aktivitě bývá pro tyto jedince až nemožné se přinutit. Výklad reality je neadekvátní vzhledem k poruše myšlení. V akutní atace bývá myšlení až inkoherentní. Tento typ schizofrenie se může rozvinout i v pozdějším věku, než tomu běžně u těchto nemocí bývá, někdy až ve čtyřiceti letech (VÁGNEROVÁ, 2014, s. 334).

V popředí mohou být kromě paranoidních a perzekučních bludů i bludy velikášské, ty mají často organizující vliv na myšlení a prožívání nemocného. Bludy tohoto typu vedou k symbolickým výkladům skutečnosti (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 344).

1.6.2 Hebefrenní schizofrenie

Tento typ schizofrenie se objevuje dříve, než je tomu u typu předcházejícího, a to zhruba mezi 15 a 25 lety. „*Hebe byla v mytologii považována za bohyni mládí a lehkomyšlnosti*“ (OREL A KOL., 2012, s. 119). Nemoc tedy zasahuje rozvoj osobnosti v době, kdy by se měla utvářet a stabilizovat nová identita, což se nemůže podařit, když jedince zatíží takto závažné duševní onemocnění. Zůstává pojetí původní, dětské, které může jen těžko sloužit jako stabilní základ. Z těchto důvodů bývá prognóza špatná (VÁGNEROVÁ, 2014, s. 336, 337). Rozvoj negativních symptomů, jako je oploštění afektů a ztráta vůle, je velmi rychlý. „*Tomuto typu schizofrenie dominuje nepřiléhavost chování, emocí a celková dezorganizace psychiky, bludy a halucinace jsou částečné a prchavé, chování nepředvídatelné, manýrismus je obvyklý*“ (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 344).

Zjednodušeně lze říci, že se tato forma schizofrenie jeví jako prohloubená, protrahovaná puberta s podivným způsobem uvažování, nápadným šaškováním a klackovitým chováním, které neodpovídá věku nemocného. Typické je pseudofilosofování o otázkách náboženských, metafyzických a filosofických, které nebývají založeny na potřebných znalostech. Myšlení bývá inkoherentní a postupně dochází k jeho celkovému ochuzení. Jedinci trpící tímto typem onemocnění mívají nápadný verbální projev. Nemocní užívají neobvyklá slovní spojení a někdy vytvářejí neologismy. Objevují se bizarní bludy, které bývají hypochondricky nebo kosmicky zaměřené. Halucinace bývají častěji zrakové nežli sluchové, tudíž je tomu naopak než u schizofrenie paranoidní.

Nemocný mívá potíže s vymezením vlastní identity a to až do takové míry, že takto nemocný jedinec neví, kým je, jakého je pohlaví a zda je vůbec člověk. Počátek onemocnění bývá spojen s poruchami emočního prožívání, podrážděností, kolísáním citových prožitků, střídáním nabuzení s depresí. Typická je hypomanická nálada a moria, což je tendence k nevhodnému a nemístnému žertování. Postupně dochází k oploštění emocí, apatičnosti. Toto vyhasínání je prognosticky nepříznivým signálem.

Dále bývá chování nápadné nedostatkem zábran, sociální necitlivostí, hrubostí či vulgaritou. Jednání bývá bezcílné; náhlé útoky, toulání se. Nápadné jsou i mimické a pantomimické projevy; grimasují, reagují situaci nepřiměřeným smíchem, podivně gestikulují. Toto postupem času mizí a dochází k omezení mimických projevů, k hypomimičnosti, kdy výraz tváře neodpovídá prožitkům či jednáním nemocného. Častá je také nedbalost, co se

týče zevnějšku, někdy se tito jedinci oblékají velmi nápadně. Tímto způsobem se může v pozdější fázi onemocnění projevit celkový úpadek osobnosti. Nemocní třeba chodí neustále ve stejném oblečení, bez ohledu na roční období (VÁGNEROVÁ, 2014, s. 337).

1.6.3 Katatonní schizofrenie

Pro tento typ schizofrenie je typická nápadnost zejména v oblasti motorické aktivity, která může být buďto extrémně zvýšená nebo naopak snižovaná.

„*Produktivní forma se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou aktivitou nebo paradoxním jednáním.*“ Vyskytuje se celkově zvýšená aktivizace, echolálie a echopraxie; opakování určitých slov, vět a pohybů (VÁGNEROVÁ, 2014, s. 338). Charakteristické je manýrování a závislost na vnějších podnětech (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 345). „*Stuporózní forma se projevuje celkovým zpomalením a útlumem veškeré motorické aktivity a ztrátou ochoty k jakékoli činnosti.*“ Nemocný trpící touto formou katatonní schizofrenie je ztuhlý, nehýbe se, vydrží často velice dlouho v jedné poloze, nemluví a projevuje odpor vůči snahám o aktivizaci. Takto nemocní bývají negativisti, nereagují a pokud ano, tak opačně, než k čemu byli vyzváni. Někdy reagují jako loutky a zůstávají v polohách, do kterých jsou uvedeni. Tento jev se nazývá *flexibilitas cerea* neboli vosková ztuhlost. Vyskytují se hlasové halucinace, které nemocným zakazují jíst, jednat, mluvit. Chování bývá nevyzpytatelné. V prožitcích takto nemocného bývá jen velmi těžké se orientovat (VÁGNEROVÁ, 2014, s. 338).

Závažným projevem je katatonní stupor, kdy jedinci zaujímají nepřirozené pozice (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 345).

1.6.4 Nediferencovaná schizofrenie

U tohoto typu schizofrenie se jedná o psychotické stavy splňující diagnostická kritéria pro schizofrenii, nelze je ale zařadit do žádného z již zmíněných podtypů (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 345). „*Zahrnuje symptomatologii více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí*“ (ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006, s. 186).

1.6.5 Reziduální schizofrenie

U tohoto typu se jedná o chronický stav, který přetrvává po odeznění akutních příznaků schizofrenní ataky. „*Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí*“ (ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, 2006, s. 186). Dále je pro ni charakteristické psychomotorické zpomalení, snížená aktivita, otupělost afektu, pasivita a nedostatek iniciativy, chudá řeč, špatná nonverbální komunikace a defektní sociální projevy (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 346).

1.6.6 Simplexní schizofrenie

Simplexní schizofrenie je typická svým postupným stahováním ze vztahů k vnějšímu světu; rozvoj je časný a pomalý. „*Pozvolna se rozvíjí bizarní chování, neschopnost vyhovět společenským požadavkům a dochází k úpadku celkovému projevu.*“ V popředí jsou příznaky jako změny chování s úpadkem vůle, zlostejnění, zpovrchnění, ztráta zájmů a oploštění emocí. Někdy se vyskytuje už kolem patnácti let (PRAŠKO, LÁTALOVÁ,

2013, s. 347, 352). Nemocní se často potulují a zahálají, jsou bez zájmu o cokoli; tráví celé dny v nečinnosti. Nemocný se uzavírá do sebe a izoluje se od společnosti (VÁGNEROVÁ, 2014, s. 339).

1.6.7 Jiná schizofrenie

Do této skupiny patří cenestopatická Hubertova schizofrenie. Tato schizofrenie se projevuje hypochondrickými stesky, kvůli kterým je pacient často dlouhodobě vyšetřován, ačkoli somatické i laboratorní nálezy jsou negativní. „*Schizofrenní podstatu stesků zpravidla ozřejmí až jejich narůstající bizarnost a výskyt některých typických schizofrenních projevů*“ (RABOCH A KOL. 2012, s. 82).

2. Sociální práce s klienty se schizofrenií

V této kapitole se budu zabývat specifiky sociální práce s klienty se schizofrenií, dále tím, jak sociální práce probíhá podle průběhu onemocnění, jakou roli hraje vztah sociálního pracovníka s klientem a jaké jsou zásady dobrého vztahu. Také se dotkneme multiprofesionálního aspektu této sociální práce a problematiky rodiny, která je nedílnou součástí dobré terapie schizofrenních klientů.

2.1 Specifika sociální práce

Pro sociální pracovníky v oblasti psychiatrické a psychosociálně rehabilitační je důležitou pomůckou MKN-10. Přestože se ozývá kritika na její zužující pohled, který může přinášet na lidi s duševními potížemi určité prizma duševních diagnóz – „*lidé sice trpí symptomy, syndromy a duševními poruchami, zároveň však žijí každodenní život ve svém reálném prostředí*“ (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 20) – je pro sociální pracovníky důležitým vodítkem k rozeznání symptomů, syndromů a diagnóz duševních onemocnění, jejich průběhu i následcích a dopadu na život člověka. Sociální pracovník totiž **potřebuje včas rozlišit důležité příznaky**.

Podobně i Mahrová s Venglářovou ale poukazují na to, že klient s duševním onemocněním je především člověk, na kterého by nemělo být pohlíženo jako na diagnózu, nebo snad dokonce jako na problém (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 28). Přestože je pomoc velmi potřebná, bývá terapeuticky „neatraktivní“ a doprovázena častou stigmatizací a to nejen co se týče cílové skupiny, ale i profesionálů s touto cílovou skupinou pracujících (MATOUŠEK, 2010, s. 133).

Pro sociálního pracovníka pracujícího s touto cílovou skupinou je důležité především **prostředí**, ve kterém daný klient žije (ekonomické, společenské, kulturní a jiné podmínky) a **procesy**, které v daném prostředí probíhají (tyto procesy Probstová s Pěčem nazývají transakce), jelikož toto všechno člověka zásadně ovlivňuje. Předmětem zájmu sociálního pracovníka je interakce klienta s prostředím, adaptace na něj či fungování v tomto prostředí a problémy z toho plynoucí.

Kombinace znalosti diagnostiky (deskriptivní pohled), zájmu o prostředí a podmínky, tedy sociální fungování (environmentální, systémový pohled) a přitom pochopení dynamiky potíží (psychosociální pohled) vnáší do sociálního pracovníka konflikt a s ním spojené napětí. Podle Probstové s Pěčem tento konflikt vychází z potřeby zachovat si profesní identitu a zaměření na sociální fungování, tzn. „nesklouznout“ například do role terapeuta, zároveň ale rozumět potřebám této specifické cílové skupiny.

2.1.1 Specifika podle průběhu nemoci

Terapii si lze rozdělit do tří fází, přičemž první je fáze akutní, ve které probíhá léčba akutní ataky. Další fází je stabilizační, která je křehkým obdobím po odeznění akutních příznaků. Poslední je fáze stabilní. Jedná se o léčbu dlouhodobou, jejímž cílem je prevence relapsu a udržení remise (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 320).

V akutní fázi nemoci je dobré navázat co nej kvalitnější terapeutický vztah s klientem. Pro toto období je dobrá podpora psychoedukace a přístup tzv. **otevřeného dialogu** se zapojením rodiny; jak je tomu například ve Finsku (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 55). Psychosociální intervence v této fázi spočívá především v minimalizaci stresů, jasné komunikaci, strukturovaném prostředí, toleranci a podpoře. Nemocný by měl být

dobře informován o léčbě a svých možnostech (ČEŠKOVÁ, KUČEROVÁ, s. 195). Bankovská-Motlová varuje před „předávkování“ psychoterapií, která může být v této fázi nemoci stejně škodlivá, jako třeba nežádoucí účinky vysokých dávek antipsychotik. Zásadní podmínkou v této fázi je srozumitelné a věcné vysvětlování veškerých prováděných úkonů, vlnitý, leč důsledný přístup a především důstojné zacházení s pacientem. Poskytování informací pacientovi i jeho rodině nesmí chybět, ovšem musí být citlivé (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 322).

Sociální pracovníci poskytují podporu vlastní intervencí, mimo té koordinují a směřují zdroje, jako je právě rodina, služby, přátelé, sociální zabezpečení a další, k pomoci klientovi. Mnohdy je velmi důležité poznat klientovo vlastní prostředí. Proto je nezbytnou součástí této sociální práce terénní činnost. Dovolila bych si podotknout, že seznámit se s klientovým přirozeným prostředím je nutností. Jak píše Mahrová, klientem není pouze jedinec s duševními problémy, ale i jeho blízké vztahové okolí. „*Pokud je to jen trochu možné, zapojíme do spolupráce všechny zúčastněné s cílem získat co největší samostatnost, spokojenost a kompetence v přístupu k duševní nemoci.*“ (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 28). I Bankovská-Motlová s Koukolíkem zdůrazňuje význam rodiny. Pro klienta je důležitá opora nejbližšího sociálního okolí. Rodina mnohdy tvoří hlavní uzel klientovy sociální sítě a vzhledem k redukci psychiatrických lůžek její význam ještě narůstá. „*Je tudíž zřejmé, že pro úspěch léčby i pro dlouhodobou prognózu je zapojení celé rodiny důležité.*“

Intervence zaměřená na celou rodinu nemocného (či na jeho blízké osoby) se nazývá **rodinná psychoedukace**. Cílem této psychoedukace je poskytnout klientům a jejich nejbližším dostatečně obsáhlé a relevantní informace o nemoci, naučit je dovednostem důležitým pro dlouhodobé zvládání nemoci a v neposlední řadě poskytnout podporu všem zúčastněným. Rodinná psychoedukace by měla zlepšit vědomosti o schizofrenii a praktické rady by měly vést ke snížení úzkosti, sebeobviňování a očekávání ze strany příbuzných a v neposlední řadě k redukci úzkosti a beznaděje u pacientů. Hlavním cílem těchto programů je předejít relapsům (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 324 - 326). Více v kapitole Individuální a rodinná psychoedukace.

V rámci sociální práce umožňuje rozhodně lepší spolupráci, pokud je intenzita symptomů co nejnižší, čehož se dosahuje zejména prostřednictvím medikamentů, které tvoří základ biologického přístupu. Jsou to především antipsychotika, která snižují intenzitu, výskyt hlavně pozitivních příznaků a upravují také neklid. O těchto lécích by měl mít sociální pracovník rozhodně povědomí. Je dobré, když se sociální pracovník zapojí do podpory, co se týče užívání medikace. Je důležité si s klientem povídat o jejich pozitivích a negativích a rozhodně vést v patrnosti klientovo užívání (PROBSTOVÁ, PEČ, 2014, s. 55). Bankovská-Motlová a Koukolík píší, že dobrá informovanost pacienta o lécích, které užívá, by měla přispět k pochopení jejich významu při dlouhodobé terapii a motivovat pacienta k jejich užívání. Ukazuje se, že při malé motivaci užívat léky se objevuje velká neochota spolupracovat při léčbě (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 325). Respektive je téměř až nemožnou.

Ve fázi stabilní je psychosociální intervence vysoce individuální. Záleží na pacientově klinickém stavu a na tom, na jaké úrovni je schopen fungovat. Zpravidla probíhá v systému komunitní péče. Kromě psychoterapie se uplatňují rehabilitační postupy jako je nácvik sociálních dovedností, kognitivní rehabilitace a rehabilitace pracovní. Průběžně by mělo probíhat zapojování celé rodiny, kde by se mělo pracovat hlavně na prohlubování schopnosti včas rozpoznat časné varovné příznaky (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 331). Nejčastěji používanou rehabilitační metodou je právě nácvik sociálních dovedností, jelikož tyto dovednosti slouží k řešení mezilidských problémů všedního dne. Tento trénink pomáhá klientům správně interpretovat dění v sociálním poli a adekvátně na něj reagovat. Společenské interakce vyžadující složité paralelní zpracování mnoha informací,

mnohdy představují pro jedince se schizofrenií velkou zátěž, jejímž důsledkem může být selhávání v běžné každodenní komunikaci. Následkem může být prohlubování sociální izolace.

2.1.2 Interdisciplinární specifikum práce s duševně nemocnými

V sociální práci s duševně nemocnými a především se schizofrenními klienty je potřeba dosáhnout **komplexní péče**. Pro dosažení této komplexní a kooperující péče je nejlepší cestou spolupráce v **multiprofesním týmu** (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 54). Jelikož příčiny a vznik nemoci jsou multifaktoriálního charakteru, je potřeba zvolit postupy, které budou ovlivňovat biologickou, psychologickou i sociální stránku onemocnění. „*Proto účinný způsob pomoci tkívá právě v součinnosti mnoha odborníků – a nejen jich. K tomu je nutná provázanost – to je podstatou multidisciplinární práce. Ta se snaží součinností lépe využívat zdrojů pomoci a tím přispět k větší efektivitě.*“ Tato provázanost by měla fungovat i v širším slova smyslu, odborníci dané organizace či instituce se radí s týmy a odborníky z jiných organizací (ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ in MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 63).

V České republice je takto optimální týmová spolupráce zabezpečena jen na některých místech. Tam kde není, je důležité, aby se sociální pracovníci snažili dosáhnout co nejefektivnější spolupráce s psychiatry, klinickými psychology, praktickými lékaři, psychiatrickými sestrami či ergoterapeuty (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 55). Pokud je klient hospitalizován, dochází ke kontaktu s institucí, která by tuto ucelenou péči poskytovat měla. Toto multiprofesionální provedení hraje důležitou roli zejména u dlouhodobě psychiatricky nemocných, kdy pokrýt různé potřeby klienta – a to současně a napříč odbornostmi – bývá nutností a také nelehkým úkolem. „*Kvalifikovaná práce sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale v některých fázích je pro život člověka s vážným duševním onemocněním primární.*“ (MATOUŠEK, 2010, s. 133) V neposlední řadě je nutné, aby součástí tohoto fungujícího týmu byli rodinní příslušníci a klienti sami, což bývá v praxi nelehkým úkolem (ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ in MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 30, 63).

2.2 Vztah ke klientovi a komunikace s ním

Předpokladem dobrého výsledku sociální práce je navázání kvalitního vztahu mezi klientem a pracovníkem. „*Ukazuje se, že vztah je pole, na kterém se odehrává sama práce. Je motivující, dodává klientovi pozitivní zkušenost s jinými lidmi*“ (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 97 - 98, 45). Nástrojem pro vytvoření co možná nejlepšího vztahu, je právě komunikace. Ta musí být vedena s dostatečným respektem vůči klientovi a jazykem pro něj srozumitelným. V neposlední řadě je dobré podotknout, že by měla být přizpůsobena aktuální situaci, ve které se klient zrovna nachází.

Podle Probstové a Pěče (2014) by měl sociální pracovník v přístupu ke klientovi se schizofrenií respektovat několik specifických skutečností. Jako první zmiňují podporu nedostatečně rozvinutých kapacit zvládat životní nároky vlastními silami. Tato podpora ovšem vždy musí být chtěná a potřebná. Snažíme se docílit toho, aby klient postupně zvládal své každodenní a životní úkony bez vnější pomoci a aby se stal zodpovědným za svůj život a pokrok v něm. Podpora musí být empatická.

Mahrová konstatuje, že klient je vůči sociálnímu pracovníkovi v roli spolupracovníka, tudíž rovnocenného partnera. „*Tato filosofie vzájemného pracovního vztahu vychází z psychosociálního pojetí sociální práce, kdy*

konečná volba způsobu života záleží na klientovi a jeho rozhodnutí je respektováno“ (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 27). Probstová s Pěčem definují i tzv. **neempatického pracovníka**, který podporuje příliš mnoho, ačkoli to klient nevyžaduje nebo to není objektivně potřeba, anebo na druhou stranu příliš málo. Tohoto je potřeba se vyvarovat. Kučerová zmiňuje dvě zásady, které jsou podle ní potřeba dodržovat při práci a komunikaci se schizofrenním klientem. První zásadou je se klienta nebát. Druhou zásadou je nedávat mu najevo, že jeho chování nebo řeč není normální (KUČEROVÁ, 2010, s. 23).

2.2.1 Základy vztahu s klientem

První **kontakt** s klientem může být zprostředkován klientem samým, rodinou či blízkými nebo odborníkem. Často se tomu stává prostřednictvím nízkoprahových zařízení, která bývají mnohdy prvkontaktním bodem v sociální síti (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 45).

Základem dobré spolupráce je vždy vytvoření důvěry. To může být komplikované zejména u klientů podezřívavých, nedůvěřivých, pasivních nebo nemotivovaných. Obzvláště pak u klientů, kteří nemají náhled na svou nemoc, tudíž odmítají léčbu a pomoc v sociální oblasti. Na tuto skupinu se zaměřují tzv. **asertivní vyhledávací týmy**. Pracovníci těchto týmů je opakovaně kontaktují, zanechávají zprávy s nabídkou kontaktu a pomoci i přes klientovo odmítání, zároveň udržují potřebný respekt a odstup. K prolomení důvěry někdy dochází po opakovaných pokusech nebo třeba klient přijme pomoc ve sféře, která s nemocí zdánlivě nesouvisí. Zde je důležité si uvědomit rozdíl mezi klientovou asertivitou, kdy pomoc není potřeba pouze ze subjektivního hlediska a nevyžádanou pomocí (interferencí), kdy pomoc objektivně není nutná (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 58).

Valentová poukazuje i na opačný extrém, kdy klienti navazují kontakt až přehnaně ochotně a strhujícím proudem slov v komunikaci zahlcují pracovníka. Pak je těžké se orientovat a neustále klienta „vracet k věci“. Častým jevem je ulpívání na některých větech, situacích, problémech, které klient opakuje neustále dokola. Nebo se vyptává dokola na to samé. V takovém případě je potřeba „obrnět“ se trpělivostí. Na paměti je třeba také mít, že obsah komunikace může být často ovlivňován narušeným vnímáním a prožíváním reality ze strany klienta. Pokud je klient přesvědčen o některých bizarnostech, rozhodně nemá smysl mu je jakkoli vyvracet nebo dávat najevo, že to není možné. Spíše citlivým způsobem projevit, že klientovi rozumíme a chápeme, že to tak třeba může vidět, nicméně my že to tak nevidíme.

2.2.2 Průběh a specifika vztahu s klientem

Sociální pracovník s klientem vytvoří propracovaný a podrobný plán - individuální plán, sociální pracovník v souladu s ním zvolí vhodné metody práce, které se pak společně pracovník s klientem snaží naplňovat. Tento plán je průběžně vyhodnocován a doplňován. Prospěšné je uzavřít o této dohodě písemnou smlouvu neboli kontrakt s vymezením oboustranných práv a povinností. Valentová píše, jak se osvědčuje, když se sociální pracovník ke klientovi chová přirozeně, s respektem a zájmem.

„Pokud se zaměříme na podporu zdravého potenciálu a navážeme s klientem spolupráci, ocení náš přístup.“ Pochopitelně je potřeba orientovat se v základní psychopatologii duševní nemoci. Ovšem pokud klient cítí náš zájem o něj, že mu nasloucháme, vnímáme jeho prožívání, málokdy dojde k nějaké chybě (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 45, 126 - 128).

Místem setkání klienta se sociálním pracovníkem by vždy mělo být místo bezpečné a pokud možno klidné. Kancelář tímto místem může být a nemusí. Neformální místo (třeba popovídání při procházce nebo u klienta doma) může vést ke klientově větší otevřenosti a uvolněnosti, než při rozhovoru v kanceláři, kde klient může být úzkostně stažen. Ovšem Probstová s Pěčem poukazují na riziko tzv. erotizovaného přenosu, kdy klient zpravidla popře existenci profesionálního vztahu, projevuje se sexuálně a vyžaduje schůzky mimo kontext pracovní spolupráce. Pracovník se může cítit ohrožen. Mnohdy je zapotřebí ukončit spolupráci mezi klientem a pracovníkem, v zájmu předejít relapsu u klienta a ustanovit spolupráci s jiným pracovníkem.

Je dobré si předem určit **časové hranice** a ty pak spolehlivě dodržovat. Pracovníkova časová flexibilita, co se setkávání týče, přispívá k navázání a udržení důvěrnějšího vztahu. Je dobré mít na paměti, že pro některé klienty může být náročné, když setkání trvá déle než třicet minut nebo je třeba frekventovanější než jednou týdně. Klienti mají někdy potřebu se úplně stáhnout z kontaktu s pracovníkem a ten by tuto potřebu měl respektovat a po tuto dobu udržovat kontakt například na telefonické nebo písemné bázi. Klienti totiž mnohdy řeší rozpor mezi tendencí k pracovníkovi (ale i obecně k lidem) přilnout a zároveň se od něj zcela izolovat. Dalo by se říci, že tito lidé potřebují „optimální vzdálenost“. Toto neplatí pouze v přeneseném slova smyslu, ale i v reálné kanceláři, kde by klient měl mít možnost si tuto optimální vzdálenost nastavit například tím, že si posune křeslo tak, jak potřebuje.

„K bezpečí vztahu patří i akceptace některých bizarností klienta jak v myšlení, tak v chování.“ Zároveň je nutné umět rozlišit, co náleží onemocnění a je sotva ovlivnitelné a co ovlivnitelné je a klade překážky při spolupráci s pracovníkem, společenskému kontaktu a začleňování (například zanedbání hygieny a oblečení). *„V tomto případě je zapotřebí klientovi citlivě a pozitivním způsobem vysvětlit výhody změny v tomto chování.“*

Sociální pracovník by si měl vždy uvědomovat, že v jeho přístupu ke klientovi existuje jen velmi citlivá hranice mezi autentičností a profesionalitou. To znamená, že by pracovník měl být otevřený a empatický, ale zároveň profesionální. Pracovník si musí neustále uvědomovat svoji profesionální roli a úkol. Rozhodně by se třeba nemělo stát, že by se pracovník svěroval klientovi se svými osobními problémy nebo životními zpověďmi. Na druhou stranu neosobní a „úřední“ přístup bude v klientovi vyvolávat úzkost, zužovat jeho prožívání a může dojít k tomu, že klient vidí pracovníka jako nereálnou bytost.

Sociální pracovník vede s klientem **sérii rozhovorů**. Při prvním setkání jde především o klientovu adaptaci na kontakt s novým člověkem. Proto rozhovor zahajujeme tzv. orientováním, jehož účelem je *„seznámit klienta s účelem rozhovoru, tématem, délkou jeho trvání, rolí účastníků rozhovoru a jeho postupem pro to, abychom vytvořili vnější sdílenou strukturu rozhovoru a snížili úzkost,“* jelikož klienti se schizofrenií obtížně zvládají rozptýlenou pozornost a rozvolněné myšlenkové procesy. Úkolem sociálního pracovníka je udržovat rozhovor u hlavního tématu. Pomáhá shrnovat, co se podařilo zatím probrat. A jelikož je rozhovor součástí šetření, zpravidla požadujeme informace. *„Ptáme se na fakta, názory a pocity klienta“* (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 59 - 61).

Používáme otázky otevřené, uzavřené nebo sugestivní se vyhýbáme. Otevřené otázky poskytnou více prostoru pro to zjistit, co si klient myslí a co cítí a my si lépe ověříme, že otázce rozuměl. Projevením porozumění a empatie se pracovní vztah utváří a následně upevňuje. Snažíme se slovně vyjádřit, co klient asi prožívá. Terapeutickým přesahem je, že vyjádříme emoce, které klient cítí, ale není schopen je identifikovat.

Valentová upozorňuje na to, že je vhodné vážit slova. Počítat s tím, že klient bude například přehnaně vztahovačný a to, co při běžné komunikaci proběhne bez povšimnutí, může být u klienta se schizofrenií zdrojem

tenze a úzkosti. „*Musíme počítat s tím, že naši vzájemnou komunikaci mohou komplikovat sluchové halucinace, které jako by byly „třetí osobou“ probíhajícího rozhovoru. A nemusí být zrovna na naší straně.*“ Vzhledem k těmto skutečnostem je jasné, že klientům se schizofrenií je v jejich situaci velmi nepříjemně. Prožívají napětí, úzkost a strach. To vše bychom měli umět rozhovorem zmírňovat. Především autentickým zájmem a pochopením situace těchto jedinců (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 126, 128).

2.2.3 Principy vzájemného přijetí

Venglářová shrnuje principy podporující dobrý vztah pracovníka s klientem. Prvním principem je **repekt**. Což znamená, že se snažíme klienta akceptovat takového, jaký je. Vzájemná úcta je pro partnerskou spolupráci nutná. Snažíme se klienta chápat. Druhým je **dobrá úmysl**, na který se sami sebe neustále dotazujeme; zda to, co děláme je neustále ve prospěch klienta. Dalším je **flexibilita**; reagujeme na aktuální situaci klienta a na jeho potřebu spolupráce. Čtvrtým principem je **důvěra**. Důvěryhodnost vztahu a spolupráce se odvíjí od diskrétního zacházení s informacemi. A posledním principem podle Venglářové je **partnerství**. „*Partnerství znamená možnost všech zúčastněných přinášet svá hlediska, nápady, nabídky na řešení*“ (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 97-98).

Opakem takto dobrého vztahu, který se bohužel stále v nemalé míře vyskytuje, je přístup direktivní, který předpokládá, že sociální pracovník ví sám nejlépe, co je pravda a co jeho klient potřebuje.

Klienti ze schizofrenií často trpí pocity bezvýchodnosti, zranitelnosti a neschopnosti. Sebevědomí těchto pacientů bývá zraněné, lze jej posilovat pozitivními komentáři, které ovšem musí být vždy pravdivé. Není dobré klienta jakkoli nadhodnocovat, jelikož přehnaná chvála by mohla způsobit zhoršení klientova přizpůsobení se realitě, potažmo zhoršení jeho schopností. Probstová s Pěčem dále zdůrazňují, jak je zásadní se vždy snažit respektovat klientův pohled, a to i přes to, že máme odlišné názory a postoje nebo se nám klientův pohled zdá nesprávný nebo neproduktivní. Klientův pohled někdy může být ovlivněn psychotickými příznaky. I tento pohled se snažíme uznat a klienta opatrně konfrontujeme s reálnými nutnými překážkami a kroky pro dosažení cíle.

Pracovníci by měli být ostražití, co se týče udílení rad, a pokud možno se tomu vyhnout. Klienti často o radu žádají, jelikož někdy mají značné potíže s rozhodováním, jsou nejistí a vlastních rozhodnutí se bojí. Ovšem udělení rady má dvě negativa. Pokud se efekt rady nedostaví, osoba, která radu obdržela, má tendenci obvinít toho, kdo radu poskytl, ale hlavně tím klienta zbavujeme autonomie a zamezujeme zvýšení sebevědomí z toho, že našel řešení sám (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 62).

2.3 Sociální pracovník v péči o duševně nemocné

Sociální pracovník pracující s touto cílovou skupinou se do kontaktu s ní bude dostávat jednak v **institucích**, jako jsou psychiatrické nemocnice (dříve léčebny) či psychiatrické oddělení nemocnic (v Čechách může takovým místem být i ústav sociální péče pro mentálně postižené nebo i třeba běžný domov důchodců), mimo institucí pak jednak v **komunitních zařízeních**, jakými jsou krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, zařízení podpory práce a bydlení nebo v týmech řízení případu (case management) a také v **léčebných** neboli **terapeutických komunitách**. Probstová ještě upozorňuje na možnost setkat se s touto cílovou skupinou

například ve službách poskytovaných obcí nebo v jiných organizacích, mezi jejichž klienty mohou být i duševně nemocní (zařízení pro uprchlíky apod.).

Jak již bylo řečeno, předpokladem k této specifické sociální práci je znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění, znalost terapeutických intervencí včetně medikace, standardů zdravotní a sociální péče a pochopitelně znalost řádu sociálního nebo zdravotního zařízení, v němž sociální pracovník pracuje.

Sociální pracovník musí být kompetentní v mnoha oblastech: musí umět získávat informace o klientovi a jeho okolí (sociální šetření), musí být schopný sestavovat a hlavně realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky a v neposlední řadě kompetentní sociální pracovník musí vědět, jak práci s klienty ukončovat. Proto by sociální pracovník pracující s touto cílovou skupinou měl disponovat určitými schopnostmi, jako je schopnost navazování kontaktů, schopnost vést rozhovor, empaticky a aktivně naslouchat, měl by být schopný vnímat jak verbální, tak neverbální projevy klientů i dalších respondentů, měl by být schopný pozorovat. Dále by měl sociální pracovník umět komunikovat s příslušnými institucemi, měl by mít jasno v etice práce, v tom jak například zacházet s informacemi o klientovi, měl by znát systém sociálního zabezpečení, legislativu a sociální politiku (PROBSTOVÁ IN MATOUŠEK, 2010, s. 135-137), protože dochází ke spolupráci různých rezortů a prolínání státního a nestátního sektoru.

Problematicku sociálních pracovníků blíže upřesňuje *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Některá ustanovení zákona se provádějí *Vyhláškou 505/2006 Sb.*

2.4 Schizofrenie a rodina nemocného

Tato problematika se stala hlavním tématem řady studií zejména v padesátých a šedesátých letech minulého století. A to zejména z toho důvodu, že vyplouvala na povrch skutečnost, že frekvence relapsů během roku po hospitalizaci je výrazně ovlivněna životní situací, do níž se klienti vracejí po ukončení hospitalizace. Ve studiích byla zřejmá souvislost mezi klinickým stavem duševně nemocného a kvalitou vztahu mezi ním a jeho blízkými v rodině. Započal se zkoumat vliv rodinných interakcí na zdravotní stav jedince trpícího schizofrenií. Studie, nutno podotknout, probíhaly ještě před zavedením neuroleptik do klinické praxe. Každopádně pacienti relabovali častěji, pokud se vraceli po propuštění z psychiatrických léčeben (dnes nemocnic) ke svým rodičům nebo životním partnerům, než pokud žili samostatně nebo např. se svými sourozenci. Pravděpodobnou příčinou toho, proč mnozí vážně nemocní dali přednost anonymnímu životu na ulicích měst místo soužití s příbuznými, je snaha vyhnout se emočně přetíženým rodinným interakcím. Ať už se jedná o netoleranci či hostilitu nebo na straně druhé hyperprotektivitu (přehnanou péči). Tyto hypotézy potvrdily, že sociální stažení a izolace mohly být následkem **těsných emočních vazeb v rodině**. Podle těchto hypotéz vedly emoční vazby v rodině k nadměrné stimulaci, přičemž fyziologické „nabuzení“ překročilo hranici, za níž se duševně nemocný jedinec už nedovedl se situací vyrovnat (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2008, s. 46, 47).

Probstová s Pěčem poukazují na tato úskalí, na která můžeme (a často se tak stává) při práci s rodinou narazit. Jak již bylo zmíněno, sociální pracovník se setkává s nadměrnou emoční angažovaností (expressed emotion) vůči pacientům v rodinách. V zájmu snižování těchto emočních vypětí vznikly terapeutické programy jako **behaviorální rodinné terapie, kognitivně-behaviorální rodinné terapie** a další. Je výhodné, pokud si sociální

pracovník osvojí tyto postupy, jelikož se s projevy vysoce vyjádřených emocí může setkat již při šetření nebo v další péči ať už případového vedení (case management) nebo rehabilitace (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 56).

2.5 Individuální a rodinná psychoedukace

Psychoedukace je terapeutická technika, jejímž úkolem je **podávat nemocným i jejich blízkým důkladné informace o povaze nemoci a možnostech její léčby**. Dostatek informací, jak již bylo mnohokrát zmíněno, je velmi důležitým faktorem pro úspěšnou léčbu schizofrenie. „*Pacienta je vhodné připravit na obtíže v léčbě i na obtíže plynoucí z následků onemocnění.*“ Edukovaný pacient, podle Praška a Látalové, například chápe, že nebude-li se bát své prožitky, obavy a nejistoty sdělit, unese je lépe. Cílem veškerých psychoedukačních programů je podpořit nezávislost a sebekontrolu. K tomuto účelu slouží psychoedukační brožurky, které mohou posloužit k psychoedukaci pacienta i rodiny (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 357). Bankovská-Motlová s Koukolíkem ve své o něco starší publikaci uvádějí, že psané materiály, jako jsou právě příručky a brožury, slouží pouze k obecným informacím, kdežto psychoedukace musí být „šita na míru“ osobní situaci pacienta. „*Při přípravě terapeutického plánu se vychází z pacientových vlastních postřehů, na jejichž základě lze vystopovat individuální varovná znamení ohlašující zhoršení nemoci a připravit krizový plán*“ (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 324).

Skupinová psychoedukace zvlášť pro pacienty a zvlášť pro příbuzné je optimálním řešením. Sdílení prostřednictvím otevřené diskuse o projevech nemoci v rámci jednotlivých skupin by mělo napomáhat zbavení se pocitů, že nemoc je břemenem pouze jednotlivce. Psychoedukace se skrze demytizaci a destigmatizaci schizofrenie snaží připravit půdu pro učení se racionálním behaviorálním strategiím, které napomáhají zmírnit dopad schizofrenie na členy rodiny a především snížit četnost relapsů nemoci.

U pacientů se zaměřuje na **trénink komunikace a nácvik sociálních dovedností**. Měla by odstraňovat překážky spojené s léčbou schizofrenie. Jelikož nespolupráce v léčbě je častým problémem a to právě mnohdy z důvodu malé informovanosti. Pacient terapii ukončuje z neznalosti, bezradnosti a často pod vlivem nežádoucích účinků léků, o nichž nebyl dostatečně poučen. Mnohdy chybí dostatek informací o následcích přerušení léčby (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 357). Malá motivace užívat léky odpovídá vysoké neochotě spolupracovat při léčbě.

Bankovská-Motlová s Koukolíkem zdůrazňují význam rodiny, která je většinou hlavním uzlem pacientovi sociální sítě. Ukazuje se, že malé zapojení rodiny je významným faktorem u nespolupracujících pacientů. Na rozdíl od nedostatečného náhledu, který kupodivu tak významným faktorem pro ukončení léčby, jako je nespolupracující rodina, není. Tudíž je zřejmé, že pro úspěch léčby i pro celkovou prognózu je **rodina nedílnou součástí**. Proto je rodinná psychoedukace zaměřená na celou rodinu nemocného nebo jen na jeho blízké. Mimo relevantních informací o nemoci, má naučit dovednostem důležitým pro úspěšné dlouhodobé zvládání této situace a mimo to je jejím cílem podporovat všechny zúčastněné (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 324, 325).

Důležitou složkou psychoedukačních programů je **nácvik rozpoznání časných varovných příznaků nemoci**. Rodinní příslušníci jsou mnohdy první, kteří mohou dokázat správně a včas rozpoznat počínající relaps. Cílem je tento moment podchytit dříve, než si pacient přestane uvědomovat, že se jedná o nemoc. Takto včasnou intervencí lze předejít hospitalizaci. Během rodinné psychoedukace se terapeuti snaží identifikovat škodlivé komunikační stereotypy (hostilita, nadměrná kritičnost, vměšování do soukromí, malá míra vřelosti) vedoucí

ke zvýšené míře vyjadřovaných emocí, které se snaží nahradit komunikací méně rizikovou (konstruktivní kritika, jak chválit). Tento nácvik probíhá formou scének a následnou korektivní zpětnou vazbou. Terapeuti se snaží o ustanovení vyššího prahu „nezúčastněnosti“ vůči neobvyklým symptomatickým projevům pacienta, které nejsou ohrožující. Klade se důraz na poskytnutí většího prostoru, psychického i fyzického, nemocnému členovi rodiny. Terapeuté také vedou členy rodiny k tomu, aby vzájemně respektovaly své potřeby (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 358).

Důležitost rodinné psychoedukace a informovanosti lze ilustrovat na negativních příznacích onemocnění, které bývají zdrojem velkého napětí v rodinách. Z toho důvodu, že apatie a nedostatečná iniciativa, bývají leckdy mylně chápány jako lenost či nezáměr. Na rozdíl od zjevných „nenormálních“ projevů nemoci, jako jsou bludy a halucinace (pozitivní příznaky), tyto projevy nemoci z neznalosti neidentifikují jako chorobné a následně pacienti obviňují z nedostatku snahy a ztráty vůle (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 325).

Dále se při psychoedukaci užívají behaviorální techniky k zvládnutí stresu a k plánování, jak vytyčeného cíle dosáhnout skrze jednotlivé zvládnutelné kroky. Hledá se rovnováha mezi nadměrnou zátěží a vhodnou motivací k aktivitám. V rámci psychoedukace se dále zdůrazňuje strukturovanost, předvídatelnost a přímá komunikace mezi členy rodiny. Dává možnost společného setkávání, kde lze probrat problémy se kterými se dotyční potýkají. Cílem je v bezprostředním okolí pacienta vytvořit přehledné a strukturované „souřadnice“, které pomáhají zejména v nejkřehčím období zajistit pevný rámec pro úspěšné zotavení. **Význam rodiny je pro terapii schizofrenie opravdu velmi podstatný.** Po propuštění z nemocnic se do původní rodiny vrací zhruba 65 % nemocných, tudíž je velmi potřebné, aby bylo v rodině vytvořeno příznivé klima. Tzn. klima bez prudkých emocí, výčitek, mentorování nebo hádek.

Většina příbuzných není na problémy, které psychóza přináší připravena, takže většinou nevědí, jak na nemocné nejlépe reagovat. Důsledkem tohoto mnozí pacienti kontakt se svojí rodinou ztrácejí. Proto bych ráda ještě jednou zdůraznila, jakou je **psychoedukace nesmírně důležitou součástí terapie schizofrenie** (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 359). „*Připojí-li se do edukačního programu příbuzní, dojde k redukci relapsů až o 20%*“ (www.psychosy.cz).

Pochopitelně je ale potřebné myslet v takto vypjatých a náročných životních situacích i na sebe. Obzvláště, pokud chceme být těmi správnými podporovateli. „*I příbuzní potřebují profesionální podporu, informace, rady nebo psychoterapii. Pacient, který v důsledku nemoci přišel o mnohé sociální dovednosti, si je v podpůrném rodinném prostředí snáze znovu osvojí*“ (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 359).

2.6 Case Management

Case management, neboli případové práce či vedení, spočívá v tom, že služby poskytuje sám klíčový pracovník. klient má obvykle potíže ve více sférách. S tímto klientem vytváří dlouhodobý vztah, podporuje klientovu identifikaci se sebou samým, využívá například nácviků modelových situací (PROBSTOVÁ IN MATOUŠEK, 2010, s. 141). Jedním z jejích rysů je, že je vedena dokumentace, ve které jsou zaznamenány postupy, průběh a výsledky společné práce. Tato metoda má nejdelší tradici v sociální práci a zahrnuje následující kroky: doporučení klienta do péče, hodnocení jeho potřeb, stanovení cílů, plán péče nebo intervence, jeho realizaci, souhrn a hodnocení výsledku.

Vychází z toho, jak klient sám svou situaci vnímá, je považován za osobu, která je nejlépe způsobilá řešit své problémy a proto by měl být klient co neaktivnější; pracovník navrhuje alternativy, ze kterých si klient vybírá (MATOUŠEK, 2008, s. 47).

2.7 Krizové služby

V této oblasti jsou specifické dvě formy služeb. Tou první jsou krizová centra, která „*poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči*.“ Péče je poskytována formou krizové intervence, neodkladného psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobé, systematické individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, farmakoterapie a také krátkodobého, několikadenního pobytu na lůžku. Krizová centra poskytují malý počet lůžek. Tým krizových center se většinou skládá z psychiatrů, klinických psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků.

Péče těchto center se zaměřuje na neodkladné psychické krize, tedy kromě akutních psychotických stavů řeší problematiku suicidální, poruchy přizpůsobení, reakce na akutní stres, vývojové, vztahové a rodinné krize a další. Krizová centra pracují 24 hodin denně, 7 dní v týdnu a psychiatr je neustále dostupný. Součástí těchto center je také nepřetržitá telefonní linka (linka důvěry).

Druhou formou krizových služeb je mobilní krizový tým, který v podobné sestavě jako v krizových centrech poskytuje krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace. Bezodkladná intervence, dostupnost pro klienta, zásah v místě propuknutí krize a možnost zapojení rodinných příslušníků jsou značnou výhodou těchto týmů. Tyto služby snižují počet přijetí k psychiatrické hospitalizaci (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 192 - 193).

2. 8 Komunitní sociální práce s duševně nemocnými

2.8.1 Obecně o komunitní péči

„*Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby*“ (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 184). Komunitní práce byla se sociální prací intelektuálně spojena v polovině šedesátých let (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 25) a je trendem obzvláště posledních desítek let, a to nejen pro lidi s duševním onemocněním. Komunitní péče je protikladem péče ústavní, jejímž hlavním rysem je dlouhodobější oddělení nemocných či postižených od jejich přirozených lidských společenství.

Výraz komunita pochází z latinského „*communitas*“, což znamená společenství, obec, smysl pro pospolitosť anebo také vlídnost. V angličtině je tento pojem chápán také nejen jako společenství a obec, ale i jako shoda, družnost a společenský styk. Komunita v sociální práci má nejen význam autonomní jednotky území (vesnice, statek) a význam organizační (domov, škola), ale také význam interakční, tj. pocit sounáležitosti, společných cílů a spolupráce (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 184).

Mahrová s Venglářovou nazývají tyto tři kategorie, na které lze v sociální práci komunitu vymezit, nepatrně odlišně. Podle těchto autorek je komunita definována buď lokalitou a skupinou lidí, které spojují společné podmínky, anebo je složena z lidí, kteří mají společný problém. Dále se u těchto autorek můžeme dočíst, že u nás definují komunitní práci Novotná se Schimmerlingovou, a to jako „*pomoc lidem v konkrétních životních situacích v určitém územním celku, bez ohledu na to, zda jde o jednotlivce, skupinu nebo celou komunitu. Respektuje biologické, etnické, psychologické, kulturní, sociální, ekonomické a ekologické potřeby komunity.*“ Podle Řezníčkové je jejím posláním mobilizace občanské svépomoci v součinnosti s různými formami státních nebo lokálních rozvojových programů. Sociální pracovníci obvykle sehrávají v komunitní sociální práci roli podněcovatelů a organizátorů této činnosti (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 25).

Probstová s Pěčem píše, že „*péče, která je nazývána komunitní, využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozených společenství lidí.*“ V jejich nejnovější publikaci se pak můžeme dočíst, že definic komunitní péče pro lidi s duševními poruchami v průběhu času vznikala řada. Sami ve své definici (viz výše) zdůrazňují cíl, aby klienti žili jako běžní lidé a aby byly naplňovány zejména jejich potřeby. Mezi její postupy patří kromě léčby i **podpora sociálních rolí**, a to především v oblasti **práce, bydlení, sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi**. Kromě pacientů s duševní poruchou jsou cílovou skupinou i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. V oblasti zdravotních služeb zahrnuje komunitní péče všechny články péče, včetně lůžkové, ovšem v pozměněné roli (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 184).

2.8.2 Deinstitutionalizace vs. hospitalismus

V řadě vyspělých zemí je komunitní péče upřednostňována (před péčí ústavní) od poloviny dvacátého století. Dochází k redukci psychiatrických nemocnic, které jsou nahrazovány právě službami komunitními. Tento proces se nazývá **deinstitutionalizace**. Stojí naproti **hospitalismu**, tedy dlouhodobému pobytu v uzavřené instituci (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 184), který je sám o sobě považován za škodlivý (www.fokusvysocina.cz). Hrozí vznik hospitalizačního syndromu, který je kombinací duševního onemocnění a prostředí. Tento způsob péče může mít vliv velmi nepříznivý a snižovat funkční kapacity nemocných, které se pak projevují apatií, ztrátou iniciativy, ztrátou zájmu, poddajností a ztrátou individuality. Hrozí, že se z pacienta stane „terminálně závislý pacient“, u něhož je stav nadměrnou podporou výrazně ovlivněn. Pocit vlastní odpovědnosti se vytrácí a takovýto jedinec je okolím považován za nemotivovaného a rozhodnutí jsou prováděna za něj, jelikož se jeví, jako že neví, co chce (PROBSTOVÁ IN MATOUŠEK, 2010, s. 136-137).

Důsledkem deinstitutionalizace byl také vznik komunitních týmů duševního zdraví v západních zemích. Další specializací vznikaly týmy a služby zaměřené na péči co nejbližší přirozenému prostředí pacientů a jako alternativa hospitalizace. Psychiatrické nemocnice se zhruba od 90. let 20. století ve světě pomalu ruší (BENSON, 2010, s. 39). „*Komunitní péče byla od počátku nesena myšlenkou využití přirozených zdrojů pomoci a podpory v komunitě, posílení zdravých stránek osobností pacientů, zaměření nejen na odstranění symptomů, ale i na posílení funkční kapacity pacientů (biopsychosociální model nemoci), posílení jejich občanských práv a důstojnosti, princip partnerství ve spolupráci pacientů a lékařů či jiných profesionálů, individualizaci péče a na jejich maximální sociální začlenění*“ (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 185).

2.8.3 Typy a systémy komunitní péče

Mezi komunitní sociální služby patří *krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, sociální rehabilitace, chráněná bydlení, denní stacionáře, centra denních služeb* a další (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). O některých se dále zmíním jednotlivě v dalších kapitolách.

V průběhu let se způsob podpory v komunitě proměňoval. Původní koncept definoval v USA na konci sedmdesátých let Národní institut duševního zdraví. Jednalo se o tzv. **systém komunitní podpory** (community support system – CSS), který zahrnoval síť služeb a podpor, které bylo potřeba rozvinout, aby se dostalo uspokojení potřeb lidí s duševní nemocí a aby mohl být rozvíjen jejich potenciál, aniž by docházelo k jejich izolaci a vyloučení ze společnosti. Byla stanovena opatření jako například identifikace potřeb péče pacienta a jeho aktivní vyhledávání, psychiatrická léčba, nepřetržité krizové služby a tak dále. Využití služeb a podpor podle potřeb pacienta mají koordinovat pracovníci případového vedení (case management).

Dalším systémem, je **síť podpory**, který ještě více než systém předcházející zdůrazňuje vliv přirozené komunity, využívá více svépomoci a služeb sloužících všem lidem v komunitě nežli služeb profesionálních. Tento systém se snaží minimalizovat potřebu profesionální intervence. Podpora je pacientům poskytována tak, aby mohli řešit své životní problémy samostatně nebo k tomu využívali odpovídajících služeb. Snaží se mobilizovat komunitu, aby využila svých kapacit k podpoře lidí s duševními problémy.

Můžeme rozlišit služby komunitní péče neformální, poskytované i ostatní části občanů a služby specializované pro lidi s duševními poruchami. Specializované služby jsou nazývány **komunitní psychiatrie**. Ta poskytuje diagnostiku, léčbu, dispenzarizaci a prevenci, která probíhá v praxi komunitní péče. „*Jedná se především o ambulantní psychiatrické služby a týmy, denní stacionáře včetně psychoterapeutických programů, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby, rezidenční služby v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace.*“ Probstová s Pěčem dodávají, že v některých zemích jsou praktičtí lékaři více zapojováni do péče o psychiatrické pacienty, než je tomu u nás (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 184).

Komunitní psychiatrie by měla splňovat několik předpokladů. Prvním předpokladem je, že ji tvoří multidisciplinární týmy, kde v ideálním případě spolupracují psychiatři, komunitní psychiatrické sestry, psychologové, sociální pracovníci, ergoterapeuti a psychoterapeuti (zde je třeba spolupráci jednotlivých složek zlepšovat). Dalším předpokladem komunitní psychiatrie je, že služby jsou regionalizované (tým poskytuje péči ve vymezené lokalitě či regionu) a jsou poskytované co nejbližší domovu, nejlépe by služby měly být mobilní. Dále je nutné přizpůsobovat se aktuálnímu charakteru pacientových potíží a potřeb. A v neposlední řadě by se rozhodně nemělo zapomínat na dodržování občanských práv pacientů.

Nejnovějším konceptem je tzv. **vyvážená péče** (balanced care), jejíž integrativní pojetí zapojuje do systému péče praktické lékaře, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychoterapeutické programy, akutní lůžkovou psychiatrickou péči na odděleních všeobecných nemocnic (a to včetně jejich alternativ, jako jsou krizové služby a denní stacionáře), dále dlouhodobou rezidenční péči v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace, tzn. kombinaci nemocničních a komunitních prvků.

3. Psychiatrická rehabilitace

Tato kapitola pojednává obecně o psychiatrické rehabilitaci, dále jsou zde rozepsané její jednotlivé složky. Dočteme se zde co jsou to stacionáře a jak velký význam sehrávají v rehabilitaci schizofreniků, dále co je to socioterapie, jak probíhá a k čemu je dobrá pracovní terapie a v neposlední řadě, jaké jsou možnosti bydlení pro schizofrenní jedince.

3.1 O psychiatrické rehabilitaci obecně

Psychiatrická rehabilitace obsahuje různé postupy a typy intervencí. Mělo by se jednat o specifické postupy, které se během vývoje psychiatrické rehabilitace utvořily. Tyto specifické postupy jsou uplatňovány v jednotlivých úrovních potřeb, tzv. životních doménách. Těmito doménami jsou **práce, bydlení, vzdělávání a volný čas**. „*Systém komunitní péče je optimálním uspořádáním pro poskytování psychiatrické rehabilitace*“ (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 196 – 198).

Slovo „psychiatrická“ slouží k jasnému vymezení cílové skupiny (PROBSTOVÁ in MATOUŠEK, 2010, s. 139). Psychiatrická rehabilitace byla zhruba až do 60. let minulého století vázána hlavně na péči ve velkých lůžkových psychiatrických nemocnicích. Poté se začala prolínat s rozvojem komunitní péče a deinstitucionalizace; byl umožněn vznik komunitních center duševního zdraví, se kterými byla a je rehabilitace spojena. „*Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svou schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.*“ Rehabilitace slouží nejen ke zvýšení vlastního fungování během postupného snižování profesionální pomoci, ale i k tomu, aby výsledek vyhovoval jak požadavkům prostředí, tak i vnitřnímu uspokojení jednotlivce (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 196).

Tuto rehabilitaci je potřeba naplánovat „na míru“, proto je prvním krokem určení rehabilitačního cíle pacienta. Už během programu denního stacionáře, kdy probíhá stabilizace pacientovi remise, je možné vytipovat oblasti, které pacient potřebuje rehabilitovat. Mezi tyto oblasti patří **pracovní rehabilitace**, která v sobě nese přípravu na práci, nácvik sociálních dovedností, chráněné dílny, **podporu v zaměstnání**, dalšími oblastmi je **podporované vzdělávání, podporované bydlení a rehabilitace sociálních kontaktů a volného času** (BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2011, s. 87). Tyto oblasti si blíže rozebereme v následujících podkapitolách. Jen bych zde dodala, že organizací je velký počet, proto si je zde nebudeme jednotlivě vyjmenovávat. Jejich kompletní přehled podle regionů lze nalézt v **Adresáři služeb pro lidi s duševním onemocněním v ČR** na stránkách Univerzity Karlovy (www.cuni.cz).

Postupy rehabilitace vychází z představy o stresu a ochranných faktorech spolupůsobících na zranitelném terénu, jelikož kombinace tohoto se výsledně podílí na vzniku psychiatrického poškození, neschopnosti a handicapu. Jejich cílem je umožnit pacientům se schizofrenií **žít ve svém vlastním prostředí**, mimo psychiatrická lůžková zařízení (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 334 – 5).

Jak již bylo řečeno, v současné době pod pojem psychiatrická rehabilitace spadá mnoho různých přístupů, které lze zjednodušeně rozdělit na tři hlavní směry, nazývajících se podle místa vzniku. Prvním je směr nazývaný **Bostonský**. Tento směr zdůrazňuje rozvoj schopností a význam učení. Zavádí koncept připravenosti k rehabilita-

ci. Druhý směr, který podrobně rozpracovává trénink sociálních dovedností, pochází z **Los Angeles**. Dalšími tématy, kterým se zabývá, je získání strategií na řešení problémů, monitorování symptomů, funkční vyšetření a vyšetření stresorů. Třetím modelem je model **Britský**, který dává přednost pečlivě vytvořenému systému péče a úpravě prostředí, které je potřeba adaptovat a zabezpečit kvalitními službami, ve kterém žije klient, jako „uvědomělý uživatel péče“. U tohoto modelu je zdůrazňováno jeho představitelem Benettem, že jak člověk reaguje a chová se v určité situaci, závisí na tom, o jaké prostředí se jedná. Čili podle něj se dovednosti naučené v chráněných a podporujících podmínkách automaticky nepřenesou do prostředí běžného a nechráněného (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 196-198).

3.2 Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou jednou z forem komunitních služeb. Slouží pro denní pobyt psychiatrických klientů; klienti do něj každodenně docházejí. I tento pojem bývá spojován s deinstitucionalizací a rozvojem rozmanitých forem komunitní péče. Jejich vznik navazuje na vznik terapeutických komunit a na práci s velkými skupinami, kterou začali praktikovat během druhé světové války skupinová analytici. Stacionáře se staly součástí nově vytvářené mimonemocniční péče. Jak píše Probstová s Pěčem, jejich funkcí může být například alternativa hospitalizace nebo její pokračování, dále mohou sloužit jako alternativa ambulantní léčby v případech, kdy léčba ambulantní nepostačuje (zde je kladen důraz na psychoterapeutický program), nebo mohou sloužit jako dlouhodobá rehabilitace a resocializace pro dlouhodobě duševně nemocné (PROBSTOVÁ, PĚČ 2014, s. 191).

Problematiku denních stacionářů je upravena v Zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách § 46. Definiuje službu v odstavci jedna, a to následovně: „*V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ Podle odstavce jedna, má služba obsahovat tyto základní činnosti:

- a) *pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
 - b) *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
 - c) *poskytnutí stravy,*
 - d) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
 - e) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
 - f) *sociálně terapeutické činnosti,*
 - g) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*
- (ZÁKON Č. 108/2006 Sb. O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH, s. 18).

Programy denních stacionářů mohou být využívány i jako příprava na zařazení do programů psychiatrické rehabilitace. Bankovská-Motlová se Španielem ve své publikaci uvádějí, že denní stacionáře jsou optimální formou péče pro psychiatrickou rehabilitaci (BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2011, S. 83). Mohou také poskytovat specializované programy pro určité skupiny psychiatricky nemocných. Probstová s Pěčem uvádějí, že ne pro všechny pacienty je léčba ve stacionáři vhodná. Vhodná je údajně pouze pro 23 – 37 % pacientů a to z důvodu, že léčba ve stacionáři vyžaduje aktivní spolupráci a motivaci klienta. Zařazení do těchto programů

rozhodně není vhodné například při potřebě náročných vyšetřovacích postupů nebo u stavů vzrušenosti, agresivity, poruch vědomí nebo třeba při vysokém riziku sebevražedného jednání.

„Základním prvkem péče v denních stacionářích je obvykle psychoterapeutický program, který je často kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací podle povahy onemocnění.“ Tým, který realizuje program, je sestaven z lékařů, klinických psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků. Denní stacionáře bývají organizovány jako samostatná zdravotnická zařízení, pak by měla být zpravidla kombinována s krizovými službami, další ambulantní péčí a rehabilitací. Druhým způsobem je kombinace s lůžkovými psychiatrickými zařízeními, která slouží více jako alternativa hospitalizace nebo jako její zkrácení. Výzkumy ukazují, že léčba v denním stacionáři je ve výsledku srovnatelná s péčí lůžkovou. V některých případech jsou výsledky lepší, a to zejména co se týče psychického stavu. V denních stacionářích se zlepšení dostavuje rychleji a pacienti bývají méně často hospitalizováni. Probstová s Pěčem píše, že pacienti i rodinní příslušníci bývají s léčbou v denním stacionáři spokojenější než s péčí lůžkovou (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, S. 192).

Péče v denním stacionáři představuje prostor pro intervence odstraňující stresory a zároveň posiluje odolnost vůči těmto stresorům. Bankovská-Motlová se Španielem píše, že pro intenzivní léčbu psychóz doporučují zařadit **klinické koučování, rodinnou psychoedukaci, nácvik sociálních dovedností, arteterapii, program na podporu zdravého životního stylu, tělesná cvičení, ergoterapii** a v neposlední řadě **kognitivní rehabilitaci** v podobě her a psychogymnastiky. Stěžejními tématy v těchto stacionářích jsou vysvětlení povahy onemocnění, nácvik rozpoznání časných varovných příznaků a zacházení s antipsychotickou medikací (BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2011, s. 83 – 85).

Při skupinové práci se skvěle uplatňuje nácvik sociálních dovedností a podpora zdravého životního stylu. Při rehabilitačním cvičení klienti trénují kromě paměti a pozornosti i celkovou fyzickou kondici. Program doplňuje arteterapie a ergoterapie, čili léčba tvorbou. Měla by zde probíhat jednodenní psychoedukační školení pro blízké klientů. Práce ve skupině je zde důležitým prvkem. Klienti by se v denních stacionářích měli primárně dozvědět podstatné informace o své nemoci, jak s ní zacházet a proč je důležité užívat léky. Klienti by zde měli získávat ztracenou sebedůvěru, obnovovat důvěru v lidi kolem sebe, zbavovat se trémy a poradit si v sociálních situacích. V dalších fázích se učí hledat práci, napsat životopis a obstat u přijímacího pohovoru.

Denní stacionáře by měly vyplňovat mezeru v období mezi propuštěním z nemocnice a návratem do škol nebo zaměstnání. Tuto možnost oceňuje většina pacientů. *„Pochvalují si informace a nově nabyté zkušenosti, a hlavně možnost sdílet starosti s lidmi, kteří prošli úplně stejnou životní zkušeností. Poznatek, že existují i jiní lidé se stejným onemocněním, pomáhá pochopit, že nejsem ve světě „zdravých“ osamělý jedinec.“* (BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, ŠPANIEL, 2011, s. 83 – 85).

3.3 Terapeutické komunity

Pojem terapeutická komunita se objevuje ve 40. letech 20. století a jedná se o nový způsob organizace psychiatrické léčebny. Tato organizace má podporovat komunikaci personálu s pacienty a především podporovat spoluúčast pacientů při léčbě (MATOUŠEK, 2008, s. 228). Ze své zkušenosti mohou říci, že mi tato forma připadá velmi vhodná pro schizofrenní klienty, kteří třeba z nějakého důvodu nechtějí nebo nemohou žít se svou původní rodinou, ale ještě se zcela necítí na to, aby žili samostatně. Terapeutické komunity slouží jako přechodný můstek

k tomuto samostatnému bydlení. Klienti zde mají služby, které jsou vždy cílené. Například mají týden službu v kuchyni, mají tedy na starost vše, co se stravování týče, po týdnu se služby střídají a klienti se učí jak kolem sebe udržovat pořádek a hygienu, pokud má komunita pozemek, klienti obstarávají i ten, pokud komunita vlastní nějakou zvěř, klienti pečují i o ni.

Klienti se zde učí zodpovědnosti a dodržování nějakého řádu. Je zde taky široké pole pro sdílení zkušeností a zážitků, jak během ergoterapie, volného času, tak především během skupin nebo komunit, jak jsou nazývána skupinová sezení. Velkým plus je, že klienti si zde mohou trénovat samostatný život opravdu v praxi.

3.4 Socioterapie

Socioterapie „*podporuje normální, zdravé, pravidelné, obecné, všední, na nemoc nezávazné, svobodné stránky individuality klienta.*“ Mimo psychoterapeutickou práci vystavují terapeuti klienta aspektům obecnosti, všednosti a normality. Klient se prostřednictvím socioterapie učí nevnímat okolí jako zaměřené proti sobě. Socioterapeutický kontext léčby spoluutváří kromě sociálního pracovníka všichni členové terapeutického týmu. Mahrová upozorňuje na to, že pokud by byl klient vnímán pouze psychoterapeuticky, setkal by se jen se situacemi, které v běžném životě nenachází. Psychoterapie klienta totiž ze skutečnosti vytrhuje, tím pádem by mohla nastat příliš velká propast mezi nemocí a realitou. U klienta by to vedlo k regresi a možná i k hospitalismu. Naopak socioterapie se zaměřuje na konkrétní svět a potažmo **sociální jednání klienta** v tomto světě.

Sociální terapie se snaží ovlivnit, aby nemoc nevyřazovala klienta ze společnosti, a on si tak mohl udržet běžné sociální dovednosti. Zabývá se také zacházením s vlastními potřebami (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 92 – 93). Snaží se tedy o obnovení sociálních vztahů a praktických schopností. Nedílnou součástí sociální terapie je **psychosociální trénink**, jehož cílem je nácvik praktických technik vedoucích k získání či znovunabytí dovedností a ke zvyšování sociálních kompetencí k řešení nepříznivé sociální situace vlastními silami (MATOUŠEK, 2008, s. 228).

3.5 Pracovní rehabilitace

3.5.1 Obecně o pracovní rehabilitaci

V této oblasti je stěžejním specifickým postupem pracovní rehabilitace. Tato pracovní rehabilitace „*má být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností.*“ Vedlejším efektem práce ve většině případů je, že brání sociální izolaci (PROBSTOVÁ IN MATOUŠEK, 2010, s. 149). Pracovní rehabilitace slouží k přípravě a jako příležitost pro rozvoj pracovních kompetencí. Druhy pracovní rehabilitace jsou **dobrovolná práce, chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnání** (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 198).

Podle Doubka, Praška a kolektivu (2008) tato rehabilitace slouží k praktickému znovuzařazení se do života, zpět mezi zdravé lidi. Tito autoři píší, že jakmile to stav dovolí, nemocní by se měli účastnit pracovní terapie. A to prý dokonce už během hospitalizace. Zpočátku jen na velmi krátký čas denně, postupně by se zátěž měla podle možností nemocného zvyšovat. Rehabilitace prací slouží mimo jiné k utvoření denního řádu, dobré struktury dne a v neposlední řadě ukazuje klientovi, že není neschopný a dokáže něco udělat. Toto znovuzařazení

do práce někdy jde okamžitě po odeznění akutních příznaků psychotické epizody, ovšem jindy se musí postupovat velmi opatrně a trpělivě. Cílem rozhodně nemusí být plné pracovní zapojení, ale jen takové, jaké je pro nemocného přiměřené (DOUBEK, PRAŠKO A KOL., 2008, s. 35, 36). Na klienta by se nemělo s návratem k pracovnímu vytížení tlačit, což se však mnohdy děje třeba ze strany klientova okolí (jak se ukázalo i u jednoho z respondentů mého výzkumu).

Probstová uvádí, že trvalejší změny psychiky představují většinou pro fungování a adaptaci větší zátěž než akutní projevy duševního onemocnění, potažmo schizofrenie. „*Pro mnohé klienty je největší obtíží každodenní boj s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, pozornosti, emocí. Závažné jsou poruchy v oblasti sebezpečování, poruchy vztahování se k lidem.*“ Právě díky těmto deficitům často ztrácejí takto znevýhodnění lidé částečně nebo úplně schopnost pracovat. Zda se do budoucna bude jednat o neschopnost dočasnou či trvalou záleží na mnoha faktorech. Každopádně vzhledem k velmi „měnávému“ psychickému stavu, kdy stabilní období může velmi rychle vystřídat zhoršení a regrese psychického stavu, potřebují tito lidé individualizovaný a flexibilní systém (PROBSTOVÁ IN MATOUŠEK, 2010, s. 148, 149). Proto může být návrat do zaměstnání velmi náročný. Po proběhlé atace bývají tito jedinci méně výkonní, ztrácejí původní pracovní návyky a jejich okolí je bohužel často nepřijímá. Proto je důležité před návratem do běžného zaměstnání uvážit, zda nemocný takovou zátěž zvládne. Proto je dobré začít jakoukoli zvládnutelnou činností, optimálně právě v chráněných podmínkách. Na každý pád ale platí, že smysluplná a zvládnutelná práce posiluje sebedůvěru a umožňuje dosáhnout větší samostatnosti (VÁGNEROVÁ, 2014, s. 348).

Chráněné dílny mají stupňovitý charakter, což znamená, že klienti mohou postupně projít dílnami, kde je režim méně náročný na výkonnost, a postupovat do dílen se složitějším režimem a delší délkou pobytu podle povahy nemoci a míry zachovaných pracovních schopností (PRAŠKO, LÁTALOVÁ, 2013, s. 361).

3.5.2 Chráněné dílny

Pro určitou část klientů s trvaleji omezenými pracovními kapacitami jsou **chráněné dílny** důležitou možností. Klienti zde pracují pod vedením pracovních terapeutů, v menších homogenních skupinách a za svou práci zpravidla dostávají motivační finanční odměnu. Rehabilitační plán sestavují klienti s klíčovým pracovníkem a členy týmu. Klienti se prostřednictvím docházky do dílen snaží obnovit či získat pracovní návyky jako je pravidelnost docházky, odpovědnost, schopnost vydržet zátěž, trénují soustředěnost a další kognitivní funkce, zvládání interakcí ve skupině lidí atd (PROBSTOVÁ IN MATOUŠEK 2010, s. 149, 150).

Tyto dílny mohou pomoci překlenout dobu po hospitalizaci před nástupem do chráněného či řádného zaměstnání. Je vhodná pro klienty, kterým hrozí sociální izolace způsobena omezením kontaktů, například po převedení do invalidního důchodu. Kromě upevňování pracovních návyků jde v neposlední řadě v těchto terapeutických dílnách o příležitost k navazování a upevňování mezilidských vztahů a o rozvoj a obnovu schopností sociálního jednání, tudíž se zde zmenšuje riziko sociálního selhání. Podstatná složka, která by rozhodně neměla chybět, je podpora sebevědomí (DOUBEK, PRAŠKO A KOL. 2008, s. 36). Chráněné dílny ovšem bývají kritizovány pro vytváření závislosti na podpůrném prostředí dílny a pro malou schopnost přípravy na zapojení se do otevřeného trhu práce (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 198).

Nejvýznamnější z těchto chráněných dílen jsou tzv. tréninkové resocializační kavárny, které, zdá se, nejlépe splňují podmínku smysluplnosti práce. Mimo těchto chráněných kaváren jde o dílny s náplní práce různých

starých řemesel, jako je třeba košíkářství, tkání, práce se dřevem, nebo i techniky práce se sklem (vitráže) a samozřejmě keramika (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 132).

Příkladem tohoto zařízení je BONA, o. p. s. a Fokus Praha, o. s. (www.cuni.cz).

3.5.3 Přejídná zaměstnání

Dalším typem je **přejídné zaměstnávání**, kde klienti pracují omezenou dobu, většinou po dobu šesti měsíců. Čili jde o krátkodobou pracovní rehabilitaci v přirozeném prostředí, na otevřeném trhu práce. Jedná se o běžná pracovní místa, mimo jejich vlastní organizaci a na zkrácený úvazek (nejčastěji pomocné administrativní práce, úklidy). Zájem pracovat je jediným kritériem pro zařazení do tohoto programu. Asistenti přejídného zaměstnávání poskytují klientovi náležitou podporu. Klient je za práci finančně odměňován, obvykle podle počtu odpracovaných hodin (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 199). Velký nárok je zde kladen na profesionalitu asistenta, který klienta zaučuje a je mu jakýmsi „mostem“ a zároveň i náhradníkem v pracovním procesu (PROBSTOVÁ IN MATOUŠEK, 2010, s. 150).

Příkladem tohoto zařízení je O. s. Eset Help, Fokus Praha, o. s., O. s. Green Doors (www.cuni.cz).

3.5.4 Podporovaná zaměstnání

Posledním typem pracovní rehabilitace je **podporované zaměstnání**, které „*probíhá jako placená práce v běžných pracovních podmínkách za kontinuální podpory konzultanta či asistenta.*“ Po zhodnocení klientových kapacit a zájmů následuje individuální výběr práce, kterého se klient aktivně účastní (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 199). Klient je tedy zařazen na běžné pracovní místo, kde je asistentem intenzivně podporován a to po dostatečně dlouhou dobu a – jak již bylo řečeno – především kontinuálně (PROBSTOVÁ IN MATOUŠEK 2010, s. 150). Klient se zde v případě potřeby z důvodu nějakých potíží může obrátit na svého terapeuta, který by mu měl být nápomocen v kontaktu se zaměstnavatelem při řešení specifických potíží, jako je třeba nezvládání pracovního tempa či absence z důvodu zhoršení psychického stavu a podobně (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 132). Toto chráněné místo může představovat další krok k plné pracovní výkonnosti (DOUBEK, PRAŠKO A KOL. 2008, s. 36).

Pro dokreslení situace bych ráda konstatovala, že pro některé duševně nemocné je přiznání plné invalidity obrovským stigmatem, kterému se brání ze všech sil, někdy až bez ohledu na své možnosti; pro některé je zase invalidní důchod jednou z mála jistot v nejistém světě (PROBSTOVÁ IN MATOUŠEK, 2010, s. 148, 149).

Příkladem tohoto zařízení je O. s. Eset Help, Fokus Praha, o. s., O. s. Green Doors (www.cuni.cz).

3.6 Služby v oblasti bydlení

„*Psychiatrická rehabilitace v oblasti bydlení má umožnit duševně nemocným samostatně a nezávisle bydlet, zlepšit k tomu potřebné dovednosti a sebedůvěru a pomoci vytvořit stálý domov*“ (PROBSTOVÁ, PĚČ, 2014, s. 199). Mahrová s Venglářovou uvádějí jako formy podpory bydlení tyto: **domy na půl cesty, chráněné byty, podporované bydlení a sociální byty.**

Domy na půl cesty umožňují soužití více klientů v jednom domě. Klienti se zde podílejí na úklidu, většinou i na vaření a musejí se podřídit určitému režimu. Terapeut by měl být neustále k dispozici. Pobyt v těchto zařízeních slouží jako předstupeň k přechodu klientů do samostatnějších forem bydlení a bývá časově omezen.

Chráněné byty jsou formou chráněného bydlení, kde mají klienti po časově omezenou dobu možnost bydlet buďto v samostatných či společných bytech. S případnými problémy pomáhají asistentské služby. „*Klienti mají možnost si samostatné bydlení vyzkoušet a nacvičit si některé správné návyky. Poté se v ideálních případech vracejí do vlastních bytů, ve kterých předtím selhávali*“ (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 131). Řadu klientů ale limituje nutnost po dobu pobytu splácet dva nájemy. Z toho důvodu je služba mnohdy dostupná spíše pacientům mladým, kteří ještě žijí s rodiči a chtějí si pouze natrénovat samostatnou existenci. Následně se ale vracejí do svých původních rodin, což jim mnohdy neprospívá. Pro ty klienty, kteří mají svůj byt, by řešením bylo podporované bydlení ve vlastním bytě, což je ale jen těžko možné vzhledem k nedostupnosti a nízkému počtu pracovníků.

Podporované bydlení spočívá v tom, že klienti žijí ve vlastních bytech, kam za nimi v různých časových intervalech dochází asistent, nebo se v případě potřeby mohou obrátit na pomoc. K dispozici jsou sociálních pracovníci, terapeuti a zdravotníci, za jejichž pomoci se klienti učí lépe fungovat v domácím prostředí.

Poslední variantou jsou tzv. **sociální byty**. Prostřednictvím této služby se mohou dostat k bydlení především mladí klienti, kteří by se měli a chtějí odpoutat od své primární rodiny, která mnohdy působí kontraproduktivně na jejich psychický stav. Zároveň je řada klientů, kteří jsou schopni samostatného života ve vlastním bytě (MAHROVÁ, VENGLÁŘOVÁ, 2008, s. 131-132).

Příkladem organizace je BONA, o. p. s., Fokus Praha o. s. (www.cuni.cz)

4. Výzkum postojů klientů se schizofrenií

4.1 Cíle šetření

Cílem mého šetření bylo zjistit nedostatky ve stavu péče o duševně nemocné a poukázat na ně. Zajímalo mě, s čím se lidé se schizofrenií potýkají a do jaké míry se cítí informovaní, co se týče sociálních služeb a své nemoci. Jak u nich nemoc propukla, jaké zážitky předcházely a jakou úlohu sehrávají rodiny takto nemocných jedinců (osobně mě navíc nesmírně zajímají životní příběhy těchto lidí, formování postojů). Chtěla jsem také zjistit, jak reagovalo jejich nejbližší okolí na tuto diagnózu. A především jsem chtěla zjistit, jak vnímají sociální služby, jakým způsobem o nich byli informováni a kým, s jakými službami mají zkušenost a jak tyto služby hodnotí. V neposlední řadě mě zajímalo, zda v nabídce sociálních služeb něco nepostrádají, popřípadě co.

4.2 Výzkumné metody

Jako metodu svého kvalitativního výzkumu jsem zvolila řízený a strukturovaný rozhovor. Tento rozhovor jsem vedla s klienty s diagnózou z okruhu schizofrenních onemocnění. Klienty s touto diagnózou jsem si vybrala z toho důvodu, že mě velmi zajímají jejich životní příběhy a zážitky, které toto onemocnění provázejí. Proto jsem si také zvolila jako výzkumnou metodu rozhovor a ne třeba dotazník - aby byl větší prostor s každým jednotlivě a osobně porozprávět. Ze stejného důvodu jsem zvolila jako dotazované klienty a ne sociální pracovníky pracující s touto cílovou skupinou. Určitě by bylo zajímavé a přínosné znát názor sociálních pracovníků, jak se jim pracuje s touto cílovou skupinou či v čem je podle nich takto cílená sociální práce specifická (což jsem i vedla v potaz), nicméně mě daleko více zajímaly pohledy, názory a především prožitky klientů.

Proto jsem tedy zvolila řízený strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Otázek bylo šestnáct a kladla jsem je všem dotazovaným ve stejném znění. Respondentů bylo dvanáct. Výhodou rozhovoru je, že tazatel je v přímém kontaktu s respondentem, což bylo mým záměrem. Další výhodou rozhovoru bylo, že respondenti nemuseli nic vyplňovat (a já nic luštit), jelikož jsem si odpovědi sama zaznamenávala.

4.3 Metodika a průběh výzkumu

Jelikož působím jako dobrovolnice v neziskové organizaci Dobroduš (služba následné péče pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním spadající pod Diakonii ČCE), oslavila jsem prvně pracovníky z této organizace s prosbou, zda bych mohla své šetření provádět právě v této organizaci a zda by se mohli optat klientů, jestli by nebyli ochotni se mnou podstoupit tento rozhovor. Bylo mi sděleno, že otázky rozhodně chtějí vidět. Poté, co jsem otázky zaslala, mi bylo bohužel řečeno, že dotazy jsou příliš osobní a tak to nevidí moc reálně. To z toho důvodu, že by tento rozhovor mohl být pro klienty velmi psychicky náročný, respektive mi bylo sděleno, že by toto bylo přípustné v situaci, kdy bych se klientů ptala pouze na otázky těsně se týkající sociálních služeb, což by znamenalo na čtyři dotazy z mých šestnácti.

Dalším aspektem bylo, že mi nedoporučovali takto rozsáhlý rozhovor, jelikož byli toho názoru, že by byl pro klienty velmi vyčerpávající, tudíž by jen málokterý klient udržel pozornost až do konce. Hlavně se pracovníci Dobroduše báli, že osobní dotazy by mohly u klientů vyvolat nepříjemné stavy, což jsem chápala a akceptovala.

Tou dobou mi přišel od našeho klíčového pracovníka z Dobroduše email s nabídkou týdenní stáže v terapeutické komunitě Slavětín. V mailu, který psala sociální pracovnice terapeutické komunity Mýto, stálo, že z důvodu rekonstrukce a sestavy nového terapeutického týmu, bude se dočasně pět klientů z Mýta nacházet v terapeutické komunitě Slavětín. Této nabídky jsem okamžitě využila. Kontaktovala jsem tedy slavětínskou terapeutku, abychom se domluvily na termínu, jaký by nám oběma vyhovoval, a poté jsem se tázala, zda by bylo možné s klienty uskutečnit tyto rozhovory. Naštěstí mi bylo řečeno, že to záleží především na klientech.

Odjela jsem tedy do komunity, která se nachází na pomezí jižních Čech, Vysočiny a Rakouska. Z prostředí, v jakém jsem se ocitla, jsem byla okamžitě nadšená. Nejen že se komunita nachází uprostřed malebné přírody, ale také byla, k mému potěšení, plná zvířectva. V komunitě byli čtyři koně, pět oslů, krocani, husy a slepice, čtyři psi a dvě kočky. Všichni klienti měli ke zvířatům ohromný vztah.

Prvně jsme si popovídaly s terapeutkou, jak vlastně komunita funguje. Upřesnila mi, jak je to s klienty. Nacházelo se jich tam dobou osm a šlo o samé muže; tři klienti už tam byli dříve a pět klientů je z terapeutické komunity Mýto. Do Mýta se po jeho rekonstrukci měli ale vracet pouze dva klienti na dokončení ročního programu (do Mýta se chodí na jeden rok, s možností prodloužení). Zbylí tři klienti už měli zůstat ve Slavětíně, kde je možnost žít čtyři roky. Slavětínská terapeutka je v kontaktu se sociální pracovnící z Mýta a tímto způsobem vzniká jejich spolupráce. Plán do budoucna, který je vlastně právě touto akcí započat je, že po absolvování roku v terapeutické komunitě Mýto, budou mít klienti možnost jít do komunity slavětínské. Režim je tu trochu jiný, tím pádem by se jednalo o takový mezistupeň mezi terapií a reálným životem v chráněných nebo i nechráněných podmínkách.

Mezi tím jsem se postupně seznamovala s klienty, kteří na mě působili hned zkraje velmi vstřícně, vřele a na kterých na první pohled nebyly patrné sebemenší známky jakékoli „nenormality“. Hned druhý den jsem začala s rozhovory. Všichni souhlasili a velmi ochotně se mnou rozprávěli. Respektive plno z nich jevylo velký zájem uskutečnit rozhovor hned první večer.

Bylo mi tam s nimi celý týden velmi příjemně a byla jsem upřímně udivena, jak na nich nemoc není téměř vůbec poznat. Jakou mají chuť do života a v kolika ohledech mě stačili během toho týdne obohatit. Asi nejvíce byla pozorovatelná jejich unavitelnost; klienti potřebovali poměrně dost odpočívat. Z atmosféry, která tam byla velmi příjemná a uvolněná se mi vůbec nechtělo zpět.

Když jsem se vrátila, zkoušela jsem kontaktovat Fokus, aby klienti byli z různých organizací a zařízení a můj vzorek objektivnější. Bohužel ale na jednom pracovišti zrovna jedna stážistka také prováděla svůj výzkum, proto mně to umožněno nebylo. Na druhém pracovišti Fokusu mi zas bylo řečeno, že bohužel nemají momentálně dost pracovníků, tudíž nemají čas řešit můj výzkum. Po těchto zkušenostech jsem se bála, že mě žádná organizace toto neumožní. Na doporučení své vedoucí práce jsem zkusila ještě jinou organizaci, a to Green Doors a jejich pracovní kavárnu. Tam byli naštěstí vřelejší a také mi na mou prosbu odvětili slovy, že to záleží především na klientech. Při následující návštěvě jsem si tam odchytila jednu ochotnou klientku, která souhlasila, jelikož je toho názoru, že je dobré, aby se o nemoci více mluvilo a šířily se o ní informace. I tato klientka byla velmi vstřícná a ochotná.

Další respondentku mi doporučila opět má vedoucí práce. Žena, na kterou mne odkázala, chodí na vysokou školu. Okamžitě jsem ji oslovila a ona také velmi ochotně souhlasila.

Jelikož mi vzorek stále přišel nedostatečný, vzpomněla jsem si, že v rodině známých mého přítele, nedávno takto onemocněla mladá žena. Zkusila jsem tedy kontaktovat i ji. Prvně jsme se několik týdnů nemohly domluvit na vhodném termínu, který by nám oběma vyhovoval, nakonec se ale podařilo a sešly jsme se a i ona byla velmi ochotná o svých potížích porozprávět, ačkoli měla pocit, že mi nebude mít co říci.

Na poslední slečnu jsem narazila úplnou náhodou a poněkud zvláštním způsobem. Na jedné ze sociálních sítí vznikla skupina, kde tito lidé sdílejí své zážitky a zkušenosti. Do této skupiny jsem se přihlásila. Jednoho dne tam psala nějaké své zamyšlení jedna mladá žena. Co psala a jakým způsobem, mě nesmírně zaujalo. Hned jsem ji napsala, o co mi jde a zda bychom se nemohly sejít. Tato slečna je z Ostravy. Naštěstí se v následujících týdnech chystala do Prahy, tudíž jsme se mohly sejít. Velmi ochotně souhlasila a povídání s ní bylo velice povznášející. Od našeho seznámení si dopisujeme téměř každý den.

Mé šetření tedy trvalo zhruba od poloviny dubna 2015 do konce května 2015. Všem respondentům bylo dopředu sděleno, čeho se rozhovor bude týkat a všem bylo řečeno, že pokud by jim bylo nepříjemné na cokoli odpovídat, tak odpovídat nemusí (což se nakonec stalo jen v jednom případě a u jediné otázky). Všichni klienti byli obeznámeni s tím, že všechny odpovědi budou zcela anonymní. Kromě rozhovorů v komunitě jsem se s dvěma respondentkami sešla v kavárně, s další na fakultě kam dochází, a jedna byla u mě doma, jelikož do kavárny nechtěla. Odpovědi jsem si zapisovala.

4.4 Plné znění úkolů

- Otázka č. 1) Jste v současné době někde zaměstnaný/á? Pokud ano, kde, v jakém oboru? Pokud ne, když jste pracoval/a, co jste dělal/a? Chtěl/a byste pracovat? Co byste rád/a dělal/a?
- Otázka č. 2) Jaké máte vztahy s rodinou? Jak často se vídáte?
- Otázka č. 3) Jaké jste měl/a dětství? Měl/a jste nějaké problémy? Byl/a jste společenský typ nebo spíše samotářský?
- Otázka č. 4) Měl někdo v rodině nějaké psychické potíže? Jaké?
- Otázka č. 5) Kdy a jak u Vás nemoc propukla? Jak jste se tehdy cítil/a? Jak jste to vnímal/a?
- Otázka č. 6) Co si myslíte, že mělo na propuknutí Vaší nemoci největší vliv a proč?
- Otázka č. 7) Kdo nebo co Vám byl/bylo tou dobou největší oporou? Kdo nebo co naopak přitěžilo?
- Otázka č. 8) Pociťoval/a jste nějaké změny v přístupu rodiny a okolí k Vám? Jak jste to vnímal/a?
- Otázka č. 9) Jaký vliv mělo propuknutí nemoci na Váš dosavadní život? (rodinu, přátelství, práci...) Změnilo se něco? Co?
- Otázka č. 10) Pomoc jste si vyhledal/a sám/sama nebo Vám byla nějak a někým doporučena? Pokud ano, kým? Jak jste se tehdy cítil?

- Otázka č. 11) Informoval Vás někdo o nemoci a možnostech, jaké služby můžete využívat? Kdo Vás informoval a jak?
- Otázka č. 12) Jakou sociální službu jste pak začal/a navštěvovat/ využívat? Jak jste se o ní dozvěděl?
- Otázka č. 13) Co Vám tam vyhovovalo a co naopak? Pokud možno konkrétně.
- Otázka č. 14) Jaké služby využíváte v současné době? Co si pochvalujete a co naopak postrádáte?
- Otázka č. 15) Vidíte nějaké mezery, něco co Vám v nabídce sociálních služeb chybí? Jakou sociální službu postrádáte?
- Otázka č. 16) Jak se cítíte v současné době?

4.5 Popis úkolů

Otázka č. 1) Jste v současné době někde zaměstnaný/á? Pokud ano, kde, v jakém oboru? Pokud ne, když jste pracoval/a, co jste dělal/a? Chtěl/a byste pracovat? Co byste rád/a dělal/a?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik jedinců z mého vzorku bylo někde zaměstnáno nebo vykonávalo nějakou výdělečnou činnost. Pokud se takoví jedinci našli, tak mě zajímalo, o jakou činnost se jednalo. Dále jsem chtěla zjistit, jak je tomu v současnosti, zda byli nuceni opouštět svá zaměstnání kvůli omezením, která sebou nemoc nese, nebo zda kvůli nemoci zatím vůbec neměli možnost uplatnit se na otevřeném pracovním trhu a zda pracují/pracovali v chráněných podmínkách či nikoli.

Dále bylo cílem této otázky zjistit, zda invalidní důchod pobírají všichni jedinci z mého vzorku. A v neposlední řadě, jak se v této situaci cítí, jak ji vnímají, komu stávající situace vyhovuje a komu nikoli. Zda pracovat chtějí, čili přemýšlejí o své budoucnosti, zda je to pro ně důležité, a potažmo čemu by se rádi věnovali. Zda vědí, co chtějí, mají nějaký cíl, ke kterému směřují, čímž se dá snadno zjistit, zda se sami v sobě vyznají a orientují ve svých potřebách a touhách. Do jaké míry sama sebe reflektují. Zda jsou to představy reálné, nebo naopak je představa zaměstnání děsí.

Otázka č. 2) Jaké máte vztahy s rodinou? Jak často se vídáte?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda klienti, kteří rodinu mají, s ní jsou v kontaktu. Pokud jsou, jaké mají vztahy, jak často se scházejí nebo si volají. Zda mají zájem obě strany. Zda jsou vztahy vřelé či nikoli. Zda klienti rodinu vnímají jako důležitou. Pokud v kontaktu se svými rodinami nejsou, tak z jakého je to důvodu. Dále jsou-li se situací spokojení či nespokojení, zda by ji rádi změnili nebo naopak jsou rádi, že tomu tak je, a co vůbec k této situaci vedlo.

Jak je známo, rodinná atmosféra a ovzduší má vliv na klientův stav, z toho důvodu bylo jedním z mých cílů prostřednictvím této otázky zjistit, jaké je rodinné klima. A jaké toto klima bylo, dokud byli klienti v těsném kontaktu se svou rodinou. Na této otázce bych ráda ukázala, jakou roli sehrává rodina v terapii schizofrenního jedince a jak je tato složka stále málo funkční.

Otázka č. 3) Jaké jste měl/a dětství? Měl/a jste nějaké problémy? Byl/a jste společenský typ nebo spíše samotářský?

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké měli klienti dětství, zda ho vnímají pozitivně či nikoli. Otázka je cílena hlavně na rodinné klima a rozpoložení, na atmosféru ve škole a mezi vrstevníky a na to, zda byly osobnostní rysy jednotlivých klientů vystavěny spíše introvertně či extrovertně. Zajímalo mě, zda klienti vyrůstali v úplných či neúplných rodinách, jaká doma panovala atmosféra, jak se ke klientům vztahovali ostatní členové rodiny.

Psychosociální stres v dětství je pokládán za jednu z teoretických příčin vzniku duševních poruch. Ve Finsku byla tato problematika zkoumána v různých studiích, které potvrdily, že psychosociální stres v dětství může mít na vznik duševních poruch opravdu vliv. „*Děti, které byly vychovávány v dobře fungujících „zdravých“ rodinách, byly bez problémů na rozdíl od dětí, jejichž rodiny byly hodnoceny jako nefunkční, „narušené“.*“ Ovšem nutno podotknout, že existuje i možnost, že dysfunkčnost rodin už mohla být reakcí na podivínské chování presymptomatických budoucích nemocných (MOTLOVÁ, KOUKOLÍK, 2004, s. 95, 96) .

Dále jsem chtěla zjistit, jaká byla atmosféra ve škole a mezi vrstevníky, zda klienti vyhledávali sociální kontakt nebo se mu spíše stranili. Existuje předpoklad, že lidé trpící schizofrenií bývají většinou spíše samotářští/samotářského typu; toto jsem si chtěla ověřit, tedy vyvrátit či potvrdit. Posledním zjištěním by mělo být, zda měli klienti volnočasové aktivity či nikoli.

Otázka č. 4) Měl někdo v rodině nějaké psychické potíže? Jaké?

Tuto otázku jsem kladla z toho důvodu, abych zjistila, kolik z mých dotazovaných má v okruhu příbuzných někoho stejně nebo podobně psychicky oslabeného; zda je v rodině nějaká psychiatrická zátěž. To z toho důvodu, že „*na individuální úrovni je nejvýznamnějším rizikovým faktorem příbuzenský poměr k jedinci se schizofrenií.*“ Studie ukazují, že celoživotní riziko onemocnění je pro příbuzné zhruba desetkrát vyšší. Ovšem shoda mezi jednovaječnými dvojčaty je pouze asi 50 %, proto Koukolík s Bankovskou-Motlovou uvádějí, že se musí uplatňovat i vlivy prostředí.

Proto mě zajímá, u kolika jedinců se bude jednat o dědičnost a u kolika ne, tudíž bude příčina jinde.

Otázka č. 5) Kdy a jak u Vás nemoc propukla? Jak jste se tehdy cítil/a? Jak jste to vnímal/a?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, s jakými prožitky se respondenti potýkali na počátku nemoci. Jakého charakteru byly jejich bludné představy a kolik respondentů se setkala s podobnými zážitky. Zda se jednalo o náhlé propuknutí psychotických příznaků, či byl nástup postupný a plíživý. Dále mě zajímalo, jak si toto období vybavují a s jakým náhledem o něm hovoří.

Otázka č. 6) Co si myslíte, že mělo na propuknutí Vaší nemoci největší vliv a proč?

Tuto otázku jsem kladla z toho důvodu, abych zjistila, zda mají klienti nějaký názor na to, proč touto nemocí onemocněli, a zda se nad tím někdy zamýšleli. Primárně by tato otázka měla ukázat, zda klienti mají náhled na svou nemoc. To znamená, že uznávají, že jsou nemocní a potřebují se léčit (primárně užívat medikaci) a že svou nemoc nepopírají. Dále mě zajímá, zda si nemoc zdůvodňují nějakým konkrétním děním. Také si od této otázky slibuji, že mi třeba budou od klientů sdělovány zážitky, které mohly být opravdu určující, ale v předchozích odpovědích nezazněly. Zda se klienti budou shodovat v určitých stresorech, či nikoli.

Otázka č. 7) Kdo nebo co Vám byl/bylo tou dobou největší oporou? Kdo nebo co naopak přitěžilo?

V této otázce mě nejvíce zajímalo, jak si klienti uvědomují období nástupu a první akutní fáze nemoci, ale zejména jak se zachovala rodina a blízcí nemocného. Jak na danou skutečnost reagovali, jestli klienti mají pocit nějaké opory v tomto období, případně kdo jim toto těžké období ze subjektivního pohledu naopak ještě zhoršoval. Také zda šlo o reálné bytosti či nikoli. A v neposlední řadě mě zajímalo, zda klienti pocítovali nějakou stigmatizaci už v počátcích jejich potíží.

Otázka č. 8) Pocítoval/a jste nějaké změny v přístupu rodiny a okolí k Vám? Jak jste to vnímal/a?

Tato otázka byla cílena na problematiku stigmatizace takto duševně nemocných jedinců. Zajímalo mě, jak se chovalo nejbližší okolí potom, co jejich blízký obdržel tuto diagnózu, a jak vlastně tuto diagnózu lidé z jeho okolí chápou. Zároveň jak se k tomu postavilo okolí širší. Současně by tato otázka měla zmapovat, jak si toto období uvědomovali klienti a zda vůbec vnímali nějaké okolí přes svůj silný vnitřní svět.

Stigma bývá definováno jako současně se vyskytující nálepka, stereotyp, separace, ztráta postavení a diskriminace. Je pozoruhodné, jak je mnohými tato nemoc stále chápána a jak na ni mnozí stále reaguji – negativně. „*Lidé se schizofrenií jsou nejčastěji považováni za nebezpečné a nepředvídatelné. Vyvolávají více strachu a méně lítosti...*“ Jen trochu paradoxně doufám, že těmto jedincům aktuální stav „nedovolil“ si toto v plné míře připouštět, jak bylo zmíněno v kapitole Schizofrenie a stigma.

Otázka č. 9) Jaký vliv mělo propuknutí nemoci na Váš dosavadní život? (rodinu, přátelství, práci...) Změnilo se něco? Co?

Tato otázka se také do jisté míry týká stigmatizace. Zajímalo mě, jak si klienti uvědomují nějakou změnu v přístupu okolí k dotčenému, zda ji reflektují. Mají třeba pocit, že kdyby nemoc nepřišla, žili by diametrálně odlišný život?

Ale asi nejvýznamnějším aspektem této otázky je, jak je to s blízkou sociální sítí. Zda zůstává či nikoli. Odpovědi na tuto otázku by měly demonstrovat, jak velkým zásahem do života toto onemocnění je.

Otázka č. 10) Pomoc jste si vyhledal/a sám/sama nebo Vám byla nějak a někým doporučena? Pokud ano, kým? Jak jste se tehdy cítil?

Touto otázkou bych se ráda pokusila zmapovat, jak u klientů z mého vzorku vypadala situace kolem onemocnění v počátcích. Zda pocítovali, že s nimi něco není v pořádku. Jak se cítili a jaké prožitky je vedli k tomu si pomoc vyhledat. Anebo se k pomoci dostali jiným způsobem. Jak to vnímali. Odpovědi na tuto otázku, by měly, jak doufám, poukázat na to, v jak odlišném světě se nemocní vyskytují a jak moc je v důsledku poruchy myšlení pozměněno vnímání reality.

Otázka č. 11) Informoval Vás někdo o nemoci a možnostech, jaké služby můžete využívat? Kdo Vás informoval a jak?

Touto otázkou začíná série otázek mířených výhradně na sociální služby pro duševně nemocné, a především tedy schizofreniky. Tyto otázky jsou stěžejní pro mou práci.

Tuto otázku kladu proto, že mě zajímá, do jaké míry odcházejí klienti z hospitalizací informováni o nemoci a o tom, na jakou sociální službu se mohou obrátit, a že vůbec existují nějaké služby toho to typu. Zda byly klientům předány nějaké materiály kolem tohoto (brožurky, letáky).

Cílem této otázky je zjistit propojení zdravotní péče s psychosociálním sektorem péče a to z toho důvodu, že psychosociální aspekt je u tohoto typu onemocnění stěžejní a neustále se zdá nepatrně opomíjený. A to přestože je problematika komplexní péče a multidisciplinárních týmů, kde by měli spolupracovat především psychiatři, psychiatrické sestry, psychoterapeuti, sociální pracovníci a v neposlední řadě rodiny nemocných, v teorii krásně popsána. Proto mě zajímají zkušenosti klientů; jak toto vidí. A samozřejmě zda na to mají vůbec názor.

V neposlední řadě mě zajímá konkrétně, kdo a v jakých zařízeních rady poskytl a jakých zařízení se rady týkaly.

Otázka č. 12) Jakou sociální službu jste pak začal/a navštěvovat/ využívat? Jak jste se o ní dozvěděli?

Skrze tuto a další dvě otázky se snažím zmapovat, pokud možno chronologicky, jakými službami klienti prošli, s jakými službami mají zkušenosti. Zajímá mne jejich názor na ni nebo na ně, pokud využívali více služeb. Zajímá mne také, zda budou schopni držet chronologickou linku. Znovu se ptám, jak se o ní dozvěděli z toho důvodu, kdyby se mi v minulé otázce odpovědi nedostalo. Ráda bych si také všimla, zda mají povědomí o službách, potažmo co si o nich myslí.

Otázka č. 13) Co Vám tam vyhovovalo a co naopak? Pokud možno konkrétně.

Odpovědi na tuto otázku budou velmi subjektivní (jako ostatně víceméně všechny), ale ráda bych skrze ně porovнала názory klientů na služby, se kterými měli zkušenost. Co konkrétně si na jaké službě pochvalují a na co si naopak stěžují. Z odpovědí bude snad patrné, zda mají klienti názory na tyto zkušenosti. Jak barvitě mi budou schopni své zkušenosti zprostředkovat.

Otázka č. 14) Jaké služby využíváte v současné době? Co si pochvalujete a co naopak postrádáte?

Touto otázkou se ptám, zda v současné době využívají nějakou ze sociálních služeb, a pokud ano, tak jakou. Současně je tato otázka cílena také na to, zda funguje mezi službami provázanost. Zajímá mne, zda už po nějakých zkušenostech jsou klienti schopni službu někam zařadit a kam. Co shledávají jako dobré a účinné a co naopak, potažmo co ve službě postrádají. Opět velmi subjektivní dotaz. Zajímá mne reflexe klientů.

Otázka č. 15) Vidíte nějaké mezery, něco co Vám v nabídce sociálních služeb chybí? Jakou sociální službu postrádáte?

Tento dotaz bude pro klienty možná poměrně složitý, což si uvědomuji, ale i přesto ho pokládám, jelikož si trůfám říci, že klienti budou mít na toto názor. A ti klienti, kteří si prošli více službami, se v nich i rámcově orientují. Ráda bych touto otázkou zjistila, je-li tomu tak. Opět je to i otázka na informovanost, co se týče využívané služby. Zajímá mne, zda nepřijdou i s něčím konstruktivním. Nepochybují o tom, že tohoto budou schopni. Těm klientům, kteří se třeba v nabídce sociálních služeb tolik nevyznají, se pokusím přiblížit a dát alespoň pár příkladů, poté mne bude zajímat, zda budou schopni říci nějaký svůj názor.

Otázka č. 16) Jak se cítíte v současné době?

Tuto otázku jsem kladla z toho důvodu, abych zjistila, jak se dotazovaným aktuálně žije nebo s čím se aktuálně potýkají. Ale hlavně, jak se momentálně cítí. Zajímá mě, kolik respondentů se bude o svém aktuálním rozpoložení vyjadřovat pozitivně a kolik negativně, popřípadě proč.

4.6 Soubor respondentů

Mého šetření se zúčastnilo 12 respondentů, z nichž je osm mužů a čtyři ženy. Všech osm mužů, s kterými jsem rozhovor vedla se momentálně nachází v terapeutické komunitě Slavětín, kde jsem byla na týdenní stáži za tímto účelem. Z těchto respondentů pochází jeden z Prahy, ostatní jsou mimopražští.

Se čtyřmi ženami jsem šetření prováděla v Praze. Z těchto respondentek je mimopražská jedna. Z Prahy tedy pochází čtyři respondenti. Věk dotazovaných se pohybuje v rozmezí mezi 19 a 41 roky.

- **I:** 27 let, gymnázium, maturita, dg. paranoidní schizofrenie
- **II:** 31 let, nedokončená střední škola hotelová, obchodní akademie a učení truhlářské, dg. duální; paranoidní schizofrenie, závislostí na návykových látkách
- **III:** 35 let, nedokončená evangelická akademie, rodinná škola hotová, dg. paranoidní schizofrenie
- **IV:** 28 let, nedokončená obchodní akademie a sklářské učení, dg. paranoidní schizofrenie
- **V:** 24 let, nedokončená obchodní akademie, učení na automechanika, sklářské, dg. paranoidní schizofrenie
- **VI:** 31 let, učení elektromechanické dokončené, dg. duální; paranoidní schizofrenie, závislost na návykových látkách
- **VII:** 29 let, nedokončená obchodní akademie a učení koželužské, dg. paranoidní schizofrenie
- **VIII:** 37 let, střední škola strojírenská, maturita, dg. paranoidní schizofrenie
- **IX:** 41 let, střední škola zemědělská, maturita, studuje VŠ, dg. paranoidní schizofrenie
- **X:** 22 let, gymnázium, chybí pouze maturita, dg. nediferencovaná schizofrenie
- **XI:** 19 let, zbývají 2 ročníky gymnázia, dg. hebefrenní schizofrenie
- **XII:** 34 let, gymnázium, maturita, VŠ nedokončena (zatím), dg. paranoidní schizofrenie

Z mého vzorku dvanácti respondentů mělo potíže se středoškolským vzděláním, jak je vidět, sedm z nich. Školy často nedokončovali a většina vystřídala dvě a více škol. Je zajímavé, že škola obchodní se objevuje u čtyř mých respondentů.

Středoškolské vzdělání má dokončených pět dotazovaných. Z toho čtyři respondenti s maturitou, tři ženy a jeden muž. Je tedy patrné, že potíže se objevovaly již v tomto období. Z těchto čtyř absolvovali dva dotazovaní gymnázia. Jedné z mých respondentek zbývá pouze maturita na gymnáziu, na kterou se chystá na podzim tohoto roku. Má nejstarší respondentka stále studuje VŠ.

4.7 Text a analýza odpovědí respondentů

V této části práce bude vždy následovat pod otázkou a souborem odpovědí analýza odpovědí respondentů. Rozbor souvislostí se bude nacházet v další podkapitole.

Otázka č. 1) Jste v současné době někde zaměstnaný/á? Pokud ano, kde, v jakém oboru? Pokud ne, když jste pracoval/a, co jste dělal/a? Chtěl/a byste pracovat? Co byste rád/a dělal/a?

I: *V současné době není nikde zaměstnaný, pracoval 3 roky v kavárně a pak různé brigády. Rád by se v budoucnu věnoval grafice a dělal peer asistenta. Má invalidní důchod.*

II: *Pracuje příležitostně brigádně, teď v lesnictví, zprostředkováno majitelkou statku, kde komunita žije, jinak pobírá invalidní důchod (3. stupeň). Rád by do cizinecké legie, nejvíc do francouzské, žít by chtěl ve Švýcarsku, a to proto, že chce novou identitu, začít úplně od začátku, vyvarovat se tomu, že se vrátí ke své drogové minulosti (což se v průběhu léčení několikrát stalo).*

III: *Zaměstnaný není, od 18 let pobírá plný invalidní důchod, v budoucnu by rád lepil pytlíky nebo pracoval v archivu.*

IV: *Má invalidní důchod. S kamarády má občanské sdružení – „žongléřský cech“, které ale v současnosti nefunguje. V budoucnu by rád učil děti žonglovat, pořádal žonglovací workshopy a kroužky.*

V: *V současné době brigádně v lesnictví, kousek od komunity ve Slavětíně. Zprostředkováno vedoucí komunity. Chtěl by výhledově být kuchařem nebo malířem. Pobírá invalidní důchod.*

VI: *3. stupeň invalidního důchodu. Byl elektromechanikem, což by rád dělal zas.*

VII: *Rád by si udělal kvalifikaci na nějaké řemeslo, zatím neví na jaké. Klidně znovu do školy. 3. stupeň invalidního důchodu.*

VIII: *Zaměstnaný není a nebyl. Rád by dělal něco s počítači, elektronickou hudbu nebo něco takového. Invalidní důchod.*

IX: *V organizaci Lidé mezi lidmi – editorka webových stránek, dříve referentka. Ráda by dělala peer asistentku nebo přímo sociální pracovníci se zkušeností s duševním onemocněním. Invalidní důchod 3. stupně.*

X: *Zaměstnaná není, 3. stupeň invalidity; byla by pro ni momentálně schůdná „jen“ práce v chráněné dílně. Primárně by chtěla studovat a do práce potom nastoupit až v případě, že by ji to zdravotní stav umožňoval. Chtěla studovat evangelickou teologii a být farářkou, což prý nepřipadá v úvahu, ale tímto směrem by se ubírala ráda.*

XI: *Není. Invalidní důchod 3. stupeň. Jednou by asi ráda učila hrát na hudební nástroje.*

XII: *V současnosti pracuje v Kafe na pül cesty (green doors – chráněné místo), dříve byla asistentka, knihovnice. V budoucnu by ráda pracovala v nějaké nechráněné kavárně nebo někde, kde by využila svou angličtinu, kterou má velmi dobrou. Pobírá invalidní důchod.*

Můj první úkol se splnit, řekla bych, podařilo. Ze všech svých respondentů jsem dostala odpověď na vše, co mě zajímalo. Na otevřeném trhu práce není zaměstnán momentálně žádný z dotazovaných. Dvě respondentky pracují na chráněných místech. Jedna v rámci pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně, druhá v sociální sféře. Šest dotazovaných pracuje brigádně (pár hodin denně) kousek od komunity, kde se aktuálně nacházejí, práce je

zprostředkována komunitní terapeutkou. Jedná se o takové podporované místo, dalo by se říci, s finančním ohodnocením. Tuto práci si mimochodem všichni moc pochvalují. Bývají pak unavení, nicméně je vidět velké nasazení pro věc. Čtyři dotazovaní momentálně nepracují nikde.

Každý (kromě jednoho, který jen částečně) mi odpověděl, kde by se v budoucnu rád uplatňoval. Dva respondenti by rádi působili v sociální sféře a to jako peer asistenti/pracovníci. Oba dva mají velký náhled na svou nemoc. Jeden z nich je mimo to mimořádně výtvarně nadaný a tu a tam má nějakou grafickou zakázku v podobě pozvánek či letáčků. Jiný respondent by rád do cizinecké legie, aby se vyvaroval střetu se svou drogovou minulostí, ovšem tento cíl je vzhledem k situaci, v jaké se nachází, nereálný. Jeho pohnutkám rozumím, ovšem cíl je to z racionálního hlediska nesplnitelný.

Všichni respondenti pobírají invalidní důchod, a to převážně 3. stupně.

Otázka č. 2) Jaké máte vztahy s rodinou? Jak často se vídáte?

I: *S tátou velké zlepšení. Maminka si dělá velké nároky, velmi ambiciózní, má tendence ho neustále k něčemu tlačit (naučená bezmocnost). I má velkou snahu vztahy řešit, aby byly pohodové. S rodiči je v kontaktu a zhruba 1 za měsíc ho navštěvují (z mého pohledu je matka velmi málo ohleduplná k jeho stavu). Má ještě sestru.*

II: *Vztahy s rodinou jsou přetrhané, s tatínkem se nevidá od té doby, co se začal léčit. Vztah byl špatný už léta před tím, kvůli Ondrově způsobu života, drobné kriminální činnosti a tak dále. Říká, že by to rád změnil. Maminka zemřela, když byl malý.*

III: *S maminkou se vídá zhruba jednou za tři měsíce, navštěvuje ho, tatínek zemřel. S maminkou mají dobrý vztah, říká, že lepší než dříve, kdy se hodně hádali, jelikož jí III hodně vyčítal.*

IV: *Otec s matkou se rozešli, když byl malý. S otcem se vídá od 13 let, vztah mají neutrální. S maminkou žil a vídá se s ní; říká, že mají dobrý vztah.*

V: *Tatínek mu zemřel, když mu bylo 11, s maminkou se vídá zhruba 1 za měsíc a volají si.*

VI: *Po několikáté hospitalizaci vztah s tátou nebyl tak vřelý. S maminkou fajn, navštěvuje ho s přítelem. Rodiče jsou rozvedeni od jeho dvou let. Se sestrou si telefonuje, ale má pocit zavržení z její strany.*

VII: *S maminkou fajn, občas ho navštíví, tatínek taky, toho ale odsunul na vedlejší kolej. Neuznává ho. Rozvedeni.*

VIII: *Rodiče nemá, už zemřeli. S bratrem se vídá, je jeho opatrovníkem.*

IX: *S rodiči prý úžasný vztah. Maminka je sociální pracovnice, je chápavá a tatínek se taky zajímá.*

X: *S mladším bratrem má vztahy velice špatné, s rodiči, když to skřípe, tak kvůli němu. Komplikovanější vztah je i s babičkou z maminčiny strany. S rodiči do minulého týdne bydlela, s širší rodinou se vídá několikrát do měsíce (s výjimkou sestřenice, se kterou častěji).*

XI: *S rodiči žije v domácnosti. Vztahy nic moc, štve ji přehnaná starost, neustálé připomínání všeho a přemíra kontroly, hlavně ze strany matky (hyperprotektivita).*

XII: *S rodinou se vídají; vztahy relativně fajn, dříve krušnější. Rodiče rozvedení, vídá se více s matkou. Otec jí platí nájem, přijde si mu zavázaná.*

Většina dotazovaných nemá úplnou rodinu, ale tomu se budu věnovat u následujícího úkolu; zde mi jde o momentální vztahy s rodinou.

Osm z mých respondentů momentálně nežije se svou rodinou, ale v terapeutické komunitě. Tyto respondenty jezdí rodiny průměrně jednou za měsíc navštěvovat, mimo to si volají.

Jeden respondent má vztahy s rodinou (respektive s tatínkem, jelikož maminka zemřela) úplně zpřetrhané. Další respondent má pouze bratra, který je i jeho opatrovníkem. Ovšem nikdo z těchto dotazovaných nemá pocit, že by byly vztahy na výbornou.

Další čtyři, samé ženy, žijí v nechráněných podmínkách. Jedna respondentka se odstěhovala před nedávnou dobou od rodičů, především kvůli napjaté rodinné konstalaci, kterou způsobuje její mladší bratr. Jedna žije s rodiči, ale nevyjadřuje se o tomto soužití nikterak kladně a další dvě žijí sami. Poslední respondentce finančně pomáhá tatínek. Pouze jedna respondentka se vyjadřuje o vztahu s rodinou v superlativech. Ostatní konstatují, že vztah je lepší, než býval.

Otázka č. 3) Jaké jste měl/a dětství? Měl/a jste nějaké problémy? Byl/a jste společenský typ nebo spíše samotářský?

I: *V dětství byl spíše **samotářský** typ. Kamarádil se více se spolužačkami. Dva kluci ho šikanovali. Když mu přetekla trpělivost, byl dost agresivní. Chodil asi do 8 kroužků. Velké vyčerpání, stres, nátlak (od matky). Útěk k marihuaně. Na střední škole byl ještě uzavřenější, ale začal volnější režim. Začal se hodně posilovat, užívat marihuanu, odcházet z domova a tak dále.*

II: *O dětství se nevyjadřuje nikterak špatně, říká, že bylo příjemné. Byl spíše společenského ražení. S navazováním vztahů neměl problém. Tatínek ale hodně pracoval, maminka měla roztroušenou sklerózu, což zapříčinilo její ochrnutí, tudíž o ni bylo potřeba spíše pečovat, než zůstala v nemocnici. II tedy trávil drtivou většinu času s babičkou a dědečkem. Pak maminka zemřela, tatínek, jak jsem z toho pochopila, se trochu odcizil, našel si nové přátele i přítelkyni. II začal ve dvanácti letech užívat pervitin a stal se tak trochu řevnickým banditou. Proto nedodělal žádnou ze středních škol.*

III: *Dětství prý nebylo ideální, spíše špatné. III říká, že se ve škole vymykal normálu, že byl jiný. Vykřikoval při hodině a choval se nepředvídatelně. Byl šikanován. Hodně času trávil po diagnostických ústavech. V jednom dětském domově strávil téměř rok. Typ byl spíše **samotářský**, říká, že měl pouze jednoho kamaráda.*

IV: *Typ spíše společenský, rád se předváděl, zároveň ale měl svůj svět. S maminkou hodně cestovali po Čechách a Německu (hledala mu tatínka), vystřídal 7 základních škol. Hodně náročné.*

V: *Dětství prý dobré. Rodiče hodní, ale on byl zlobivý. Společenský typ.*

VI: *Dětství prý fajn. Společenský typ, říká, že zlobil. Maminka neměla moc času, proto ho vychovávala částečně babička.*

VII: *Byl spíše společenský typ, ale už na základce, jak říká, byl výstřední. Táta je alkoholik, doma bylo napětí. Maminka velmi submisivní. Pociťoval disharmonii ze světa. Ve 14 letech pomýšlel na sebevraždu. Nelíbila se mu doba a svět.*

VIII: *Maminka zemřela, když mu bylo 8 let, s tátou měli dobrý vztah, typ byl spíše **samotářský**. Říká, že dětství bylo fajn.*

IX: *Dětství prý skvělé! Žádné problémy. Typ byla **samotářský**, introvertní, hodně tíhla ke zvířatům, měla svůj svět. Se spolužáky si prý vůbec nerozuměla. Studijní výsledky měla výborné.*

X: *V rodině prý měla pevné zázemí. Maminka se s biologickým otcem rozešla před jejím narozením, a když ji bylo pár měsíců, seznámila se s tatínkem. Že není její biologický, se dozvěděla až v devatenácti, říká, že neměla šanci to poznat. Nekriticky ji zbožňuje. Jezdili na výlety, podporovali ji v zájmech, chodila do kroužků. Vždy byli obklopeni zvířaty. Byla tiché, introvertní dítě, odmalička se zajímala o hudbu a umění celkově, hodně četla, sama se věnovala tvůrčí činnosti. Výrazně **samotářský** typ. V pubertě ji úplně mijely běžné problémy vrstevníků, neměla potřebu chodit na zábavy, jen tak ven nebo nakupovat, blízkou kamarádku měla prý jen na oko, protože maminku trápilo, že s nikým nepřátelí, vždycky byla radši sama. Nestarala se o svůj vzhled, nevyhledávala společnost. Studijní výsledky měla výborné, z páté třídy ZŠ přešla na osmileté gymnázium. Ve třídě nebyla oblíbená, byla příliš „jiná“ – šikana na ZŠ, později i na gymnáziu (musela přejít do paralelní třídy, tam už to bylo v pořádku). Hůře snášela krizové situace, od 13 let jednou měsíčně docházela na psychoterapie, kam ji poslala pediatrička. Z ne-psychických zdravotních problémů si vybavuje boreliózu, mononukleózu, oboustranný těžký zápal plic, plicní chlamydie, chronické bolesti kloubů (doted' se ozývají), chudokrevnost, neurogenní tetanii, dodnes trpí na pásové opary. Má nejspíše nějakým způsobem narušenou imunitu. Problémem, který dost komplikuje pubertu i lidem, kteří nejsou tak složité osobnosti jako ona, jak říká, bylo uvědomění si vlastní homosexuální orientace.*

XI: *Spíše uzavřená, **samotářská**. Ve školce šikana, na ZŠ v pohodě. Epilepsie – při prvním záchvatu upadla do bezvědomí, maminka začala být přehnaně starostlivá. Byla neustále v přítomnosti rodičů. Ze ZŠ přestoupila na víceleté gymnázium, které přestala před třemi lety zvládat a propadla. Ted' má přerušené studium.*

XII: *Dobrá ve škole, kolem 8 let šikana od kamarádky. Kolem 15 let rozvod rodičů, začala trpět bulimií. Kolem 17 začíná být **samotářská**, uzavírat se do sebe, hodně se soustředila na školu a chtěla všem dokázat, že je dobrá. Cítila tlak od okolí – všichni VŠ, pocit, že se to od ní také očekává.*

Zjištění této otázky bylo veliké. Zjistila jsem, že pouze tři respondenti nemají rozpadlou rodinu. Zbytek respondentů (9) má rodiče buď rozvedené (4), nebo jim jeden z rodičů zemřel v dětském věku (5).

Jeden respondent začal již v dětském věku (12 let) užívat pervitin. Další respondent začal užívat brzy velmi mnoho marihuany jako útěk od stresu ze školy a z domova.

I u těch, kteří se vyjadřovali o svém dětství kladně, to tak na mě často nepůsobilo. Dalo by se říci, že všichni mí respondenti měli dětství ne úplně standardní.

Čtyři z dotazovaných se v dětském věku setkali se šikanou (dva muži, dvě ženy). Dva dotazovaní už v dětském věku měli jisté psychické problémy a docházeli na psychoterapii. Jeden respondent se popisuje jako dítě výrazně odlišné od ostatních a vzhledem k jeho nepředvídatelnému chování strávil mnoho času po diagnostických ústavech a v dětském domově.

Tři ze čtyř žen popisují i zdravotní komplikace. Jedna jako reakci na stres z rozvodu rodičů začala trpět poruchami příjmu potravy (bulimie), druhá má evidentně závažné poruchy imunity, díky kterým prodělala mnoho nemocí v dětském věku a třetí začala v dětském věku trpět epilepsií. Jedna z mých respondentek se svěřila, že ji toto období zkomplikovalo ještě zjištění, že je homosexuálně orientována.

Potvrdila se mi představa, že se častěji bude jednat o jedince uzavřenější a samotářštější už od útlého dětství. Tři respondenti se vidí jako spíše introvertní a respondentky (4) všechny. Dvě popisují obrovskou odlišnost od ostatních. Jejich zájmy byly jiné, než měla většina vrstevníků. Ti, co se popisují jako společenštlí, o sobě mluví jako o zlobivých a trochu „rošťáckých“ dětech.

Jeden dotazovaný popisuje silnou disharmonii se světem, kterou si vykládám jako zajímavý vhléd na uvedený věk.

Dva respondenti, kteří vyrůstali v úplné a na první pohled fungující rodině, kterou mají doteď, popisují v dětství jistý nátlak rodičů, tito respondenti chodili na hodně kroužků a na poměrně náročná gymnázia (shodou okolností tito dva klienti chodili na stejné pražské gymnázium).

Otázka č. 4) Měl někdo v rodině nějaké psychické potíže? Jaké?

I: *Strýc je kleptoman.*

II: *Nikdo.*

III: *Babička byla podivínka, náboženská fanatička.*

IV: *Říká, že oba rodiče jsou trochu nestabilní, praradeta trpěla schizofrenií, praděda byl alkoholik.*

V: *Nikdo.*

VI: *Sestra byla také hospitalizovaná, kvůli drogám - paranoia.*

VII: *Nikdo*

VIII: *Maminka byla depresivní, bratranec se zabil.*

IX: *Strýc měl schizofrenii a zabil se. Bratr je depresivní. Říká, že jsou všichni v rodině takoví přecitlivělí, jako by nebyli praktičtí do života.*

X: *Maminčina sestra má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu, její dcera smíšenou schizofrenii.*

XI: *Nikdo*

XII: *Nikdo*

Pouze u dvou dotazovaných (žen) se vyskytuje diagnóza schizofrenie v blízké rodině (u jednoho se vyskytuje diagnóza schizofrenie v širší rodině). Další dva měli v blízké rodině jiné vážné psychické potíže (deprese, drogová závislost).

Pět respondentů říká, že v rodině není žádná psychiatrická zátěž. Ostatní se zmiňují o příbuzných nestabilních, podivínských, fanatických a o jednom kleptomanovi.

Dvě respondentky mají v rodině zjevnou psychiatrickou zátěž, z toho jedna ještě dodává, že jsou všichni v rodině tak nějak přecitlivělí.

Otázka č. 5) Kdy a jak u Vás nemoc propukla? Jak jste se tehdy cítil/a? Jak jste to vnímal/a?

I: *Ve dvaceti letech. Odešel z domova, putoval po kamarádech, užíval velmi mnoho marihuany. S rodiči nebyl v kontaktu rok a půl. Pak přestával chodit do práce, začal žít velmi nezodpovědně, jak sám říká. Po dvou a půlletém vztahu se rozešel s přítelkyní, začaly halucinace a přišla první ataka. Vrátil se k rodičům. Matka neustále naléhala, ať pracuje. Začal chodit v psychóze do práce, po ní chodil hrát na počítačích. Choval se divně, měl*

různé halucinace, všechno dávalo smysl a bylo znamením pro něco. Písně k němu promlouvaly. Kamarádi zavolali rodiče, kteří ho odvezli do nemocnice. Tam bylo tolik vjemů, což bylo náročné - mluvil veršovaně.

II: Kolem jednadvaceti let (po devíti letech užívání pervitinu) se začala objevovat paranoia, stíhy, sám popisuje tyto stavy jako drobné psychózy. V šestadvaceti letech začal užívat mimo pervitinu také heroin, často několik dní nespál, začaly bludy a halucinace (toxická psychóza). Održení od reality. Například blud: vypravil se na Křivoklát s tím, že je Ježíš Kristus, mířící do Vatikánu, kde ho mají ukřižovat. Měl za úkol tam dojít bez jídla a pití – „Boží stezka“. Kolem byla vojska. Šel bosý, pil rosu. Měl také pocity, že řídí svět. Chtěl být teroristou. Hrál šachy o to, že zničí svět (silné megalomaničké bludy).

V 26 letech asi nejvýraznější ataka toxické psychózy. Kromě pocitu tvůrce a vládce světa, zjistil, že jsou všichni kanibalové. Viděl, jak si brousí zuby a nástroje a chystají se ho sníst. Proskočil dveřmi, okny, přičemž si roztrhl ruku. Silná paranoia. Chtěl pomoci. Nechal se kamarádem odvést do Bohnic. Po dvou měsících odešel. Vrátil se domů, opět drogy. Pokusy o abstinenci bylo jedenáct.

III: V 11 letech viděl úkazy na obloze – UFO, další paranormální jevy, dveře se sami otevíraly a podobně. Býval hodně unavený, vyčerpaný, už jako malý si říkal, že je to „těžká duševní práce“. Uzavíral se do sebe, trávil hodně času čtením knih s touto tematikou (UFO, paranormální jevy), až z toho, jak říká, zblblnul. Ze školy, kde „bláznil“, ho nechali převést do nemocnice, byl plačtivý, nic ho netěšilo, byl ponořený do přemýšlení o těchto jevech. Byl převezen do Bohnic. Tou dobou (někdy i dnes) vnímal všechny kolem sebe hodně negativně, nikomu nevěřil, měl pocit, že mu chtějí všichni ublížit. K psychiatričce chodil už dříve, po spatření létajícího talíře, v 11 letech.

IV: V 18 letech, jak říká, se mu otevřela břišní čakra – čtvrtá dimenze. Byl přehlcen informacemi. Doléhal na něj pocit, že bude muset nést zodpovědnost, postavit se na vlastní nohy. Začal slyšet mluvit ptáky, kteří často radili „posti se, posti se..“, měl pocit výjimečnosti a velkého propojení se světem. Zahlcující. Všechno mu dávalo nějaká znamení, podle kterých se měl řídit (např. ve škole určité barvy symbolizovaly něco a podle toho on pak jednal, takže začal spontánně mluvit nebo se musel jít umýt). Viděl skřítky a víly, většina halucinací byla příjemná, některé ale i nepříjemné, démoni, nebo cítil, jak se nesnáší stromy. Trpěl bludem, že v bytě, kde bydlel, v komíně pykal Hitler. Měl hlas, který mu neustále opakoval 3 slova: nácku, buzerante a kurvo. Ty měl přiřazovat k lidem.

V: Někdy v 19 letech první záchvat, matka zavolala sanitku a nechala ho odvést do nemocnice. Mluví o tom, jakože začal „bláznit“. Povídal si s mrtvým tátou, měl pocit, že se vrátil. Poté 3 roky na ulici, občas konflikty, pouliční šarvátky (stále trpí bludem, že má obrovské jmění).

VI: Po vojně. Na vojně neustále sledoval kamery (odchody, příchody apod.) jako dozorčí velitelského stanoviště. Když pak odešel, měl pocit, že ho kamery neustále sledují. Připadal si jako střed vesmíru. Slychal hlasy, které mu říkaly, že se má zabít; TV a rádia k němu mluvily, říkaly, co má dělat. Byl zavřený v pokoji a sestavoval raketu ze součástek telefonů. Měl pocit, že ho matka stále kontroluje, až na ní jednou vytáhl sekeru. Maminka zavolala sanitku. Následovala elektrokonvulzivní terapie.

VII: Už na ZŠ výstřední, od 14 let myšlenky na sebevraždu. Pocit disharmonie se světem. Nemoc propukla zhruba ve 24 letech po nervovém zhroucení z nešťastné lásky. Následovala různá extempore, jako svlékání na veřejnosti, sprchování se v kabátě a podobné.

VIII: Asi v letech 1996/98; tatínek ho z pro něj nepochopitelných důvodů vyhodil z bytu, 2 roky se potloukal po ulicích. Začal být paranoidní.

IX: Ve 26. letech. Po rozchodu s přítelem byla hodně smutná a uzavřená do sebe. Sousedé (profesí speciální pedagogové) ji poslali ke klinické psycholožce a ta následně na psychiatrii. Tam ale nešla, jelikož si myslela, že tak špatně na tom není, že jde jen o úzkosti. Až jednou večer slyšela hlasy v místnosti pod svým bytem. Šla se do kočárkárny podívat, ale nikdo tam nebyl. Když se do svého bytu vrátila, slyšela je stále a bylo jich tak deset. Říkali „zabije Tě, na setkání Tě zabije.“ Zavolala bratrovi, že se bojí, ať ji odveze do bezpečí. Bratr ji vyzvedl, cestou viděla, jak je pronásleduje červené auto, ve kterém viděla svého vraha, jak tasí zbraň a jde střílet.

X: V průběhu podzimu 2011 (podrobněji na tuto otázku odpovídá níže).

XI: V roce 2014 (před rokem) byla na pobytu u známých v Rakousku. Začala se chovat podivínsky a utíkat. Nepřijde jí, že by se chovala jakkoli zvláštně (ačkoli její mimika a gestikulace jsou značně nepřiléhavé).

XII: Nemoc propukla postupně, už od roku 2000, vystupňovalo se během roku 2003, kdy byla studovat v Anglii. Pocity, že přestává plnit požadavky, zhroutila se. Přidala se paranoia, nebyla schopná se učit, ani dojet do školy, ničeho. Začala mít různé hlasy, TV a rádia k ní začaly promlouvat. Měla neustále pocit, že ji někdo sleduje (o tomto mluví jako o blbostech a stydí se za to). Po návratu do Čech nastoupila do Bohnic.

Nejmladší respondentce propukla nemoc nejdříve a to v sedmnácti letech. Nejpozdější nástup nemoci je v šestadvaceti letech a jedná se také o ženu.

Třem dotazovaným propukla nemoc zhruba v osmnácti letech. Z těchto jeden respondent mluví o jistém zvláštním pocitu, kolem svých osmnácti let, tento věk bral jako výrazně přelomový, měl pocit, že se bude muset postavit na vlastní nohy, bude muset nést plnou zodpovědnost.

Kolem devatenácti let propukla nemoc jednomu z dotazovaných, tento se ale šířeji nerozpovídal. Zmiňuje se o komunikaci se zesnulým tatínkem, což naznačuje obrovský zásah touto událostí do života.

Kolem zhruba dvaceti let propukla nemoc dvěma z mých dotazovaných. Jedna je žena, u níž se nemoc projevila nejvýrazněji v zahraničí, ovšem nástup byl pozvolný a vleklý už alespoň dva roky před tímto zhroucením.

Kolem jednadvaceti let propukla nemoc dvěma dotazovaným. U jednoho šlo o jasnou toxickou psychózu a reakci na drogovou závislost. Tento respondent měl velké megalomaničké bludy, které mi poměrně barvitě popsal. Následovala paranoia. U druhého šlo o reakci na vojenskou službu, kde neustále sledoval kamery a odchody a příchody. Posléze měl pocit, že tyto kamery neustále sledují jeho. Jeho paranoidní pocit neustálého sledování vygradoval tím, že nejspíš v rámci sebeobranu vytasil na maminku sekeru.

U posledních dvou respondentů se nemoc táhla ještě o něco déle. Jeden bere jako začátek tohoto spatření mimozemských těles na obloze už v jedenácti letech. Od té doby ho podobné zážitky provázely prý ustavičně. Druhý popisuje zvláštní pocity od čtrnácti let, ačkoli k atace došlo až v jeho čtyřicetiletosti.

Všichni dotazovaní kromě jedné ženy trpěli bludy (tato trpí hebefrenním typem schizofrenie, u kterého bludy nejsou častým jevem). Bludné zážitky nemá asi smysl popisovat, vzhledem k tomu, že jsme si je výše mohli přechíst. Jen bych řekla, že častým a opakovaným zážitkem je komunikace s nějakými medii, jako jsou televize či rádia. Tři dotazovaní mluví o této zkušenosti. Další dva mluví o znameních nebo různých symbolech a pocitech, že vše souvisí se vším a pochopitelně je vše důležité.

První respondent se zmiňuje, že když se vrátil kvůli potížím zpět domů, očekávalo se od něj normální chování, ačkoli byl psychotický.

Otázka č. 6) Co si myslíte, že mělo na propuknutí Vaší nemoci největší vliv a proč?

I: *Velké nároky ze strany matky, marihuana, stresy s bývalou přítelkyní, následně nezodpovědný životní styl.*

II: *Jednoznačně drogy, dalším atakám by se dalo předejít, kdyby užíval medikaci.*

III: *Myslí si, že přiškrcení při po rodu, špatná výchova, nechávali ho růst jak dříví v lese. Smrt otce, špatný vztah s nevlastním (který ho i bil)*

IV: *Životní styl, mládenecká nerozvážnost (drogy).*

V:

VI: *Asi drogy a vojna.*

VII: *Alkohol a nešťastná láska.*

VIII: *Otec s bratrem ho z nějakého záhadného důvodu vyhodili z bytu, 2 roky se potuloval po ulicích, až se z toho zhroutil.*

IX: *Říká, že přecházení chřipek, časté teploty, stres. Opakované vyšetřování střev (byla přesvědčena, že nejsou v pořádku), rozchod s přítelem, který ji posílal k doktorovi s tím, že je „blázen“. Následoval rozchod. Poté 1. ataka.*

X: *Zcela jistě stres. Chodila tehdy s bývalou přítelkyní a nezvládla tlak ze strany její rodiny a přátel. Byla relativně vysoce společensky postavená a neustálé utajování jejich vztahu (včetně nehezských komentářů/dopisů/telefonátů její rodiny) ji přivádělo k šílenství a to ne v přeneseném, ale doslovném smyslu. Utajení probíhalo i na půdě církve, do které začala docházet v roce 2010. Bylo to takové kolečko – ze kterého ji jak říká – začalo hrabat. Uvědomuje si, že se chovala neskutečně zle, bláznivě, ukládaly se v ní chorobné myšlenky, necítila se v bezpečí, tlačila na ni, ona vztah ukončila, pro Kristýnu to byla poslední kapka, tyto události vyvrcholily tím, že do sebe zabodla nůž a pak ji poprvé převezli do léčebny.*

XI: *Stres ze školy (náročné gymnázium), z domova, kde ji dost peskovali a neustále peskují. Přehnaná kontrola. (jakoby ji nenechali dospět, osamostatňovat se).*

XII: *Nejintenzivněji v Anglii, kde byla na studijním pobytu, velký stres pro ni, už byla hodně uzavřená a cítila se špatně, že ve škole nekomunikuje jako ostatní. Vyčítala si to. Příznaky už ale dva roky předtím. Říká, že stresem ze školy, měla také hodně brigád. Možná jistou roli sehrála i bulimie, kterou trpí asi od 15 let (reakce na rozvod rodičů).*

Pět dotazovaných uvádí, že příčinu vidí v drogách (ať už se jedná o marihuanu, pervitin či alkohol) nebo v nezodpovědném životním stylu. Mimo toto padla u jednoho dotazovaného zmínka o nezodpovědném užívání medikace, což mi přišlo jako velmi dobrá reflexe.

Jeden klient udal jako příčinu vojnu, jelikož jeho potíže začaly těsně po ní a byly těsně spjaté s činností, kterou tam prováděl. To mi přišlo zajímavé a rozhodně by stálo za to vyzkoumat vliv vojny na psychické zdraví branců. Jeden dotazovaný uvádí jako příčinu svých potíží perinatální komplikace (přiškrcení pupeční šňůrou), mimo toto uvádí špatnou výchovu.

Pět dotazovaný uvádí jako příčinu stres, z toho čtyři ženy. U čtyř respondentů byl tento stres spojen se vztahy a následnými rozchody s partnery dotazovaných. Mimo nešťastné lásky se zde objevuje stres ze školy nebo velká očekávání a nároky ze strany rodiny.

Jeden respondent uvádí, že příčinou bylo nedobrovolné „vyhoštění“ z bytu bratrem a otcem. Blíže mi situaci neodkryl.

Jedna respondentka udává jako příčinu časté přecházení nemocí a opakovaná absolvování několika vyšetření střev. Zde už se ale jednalo dle mého názoru o bludné přesvědčení (cenestopatické halucinace). Jeden z mých respondentů na tuto otázku neodpověděl.

Otázka č. 7) Kdo nebo co Vám byl/bylo tou dobou největší oporou? Kdo nebo co naopak přitěží?

I: Říká, že rodiče.

II: Nejspíš kamarádi, kteří ho ale neustále stahovali ke dnu.

III: Jedinou oporou, mu byl badatel a kontaktér UFO, žádná blízká osoba, ostatní byli jen přitěží.

IV: On sám si byl oporou. Přitěží mu byl kamarád, strhávali se do toho navzájem (alkohol, marihuana...)

V: Maminka.

VI: Maminka.

VII: Neřekl by, že mu byl někdo vyloženě oporou.

VIII: Tatínek.

IX: Rodina a známí, kteří věděli, o co jde.

X: Naprosto nikdo z lidí jí oporou nebyl. Nebyl nikdo, komu se mohla svěřit. Přitěží byla rodina bývalé přítelkyně. Jistou útěchu prý poskytovala víra, ale postupem času se jí natolik zatemnila mysl, že nebyla schopna rozmýšlet ani nad věcmi pozemskými, natož těmi duchovními.

XI:

XII: Dvě kamarádky ze střední školy, rodiče. Přitěží byla babička.

Šest respondentů uvádí, že jim byla oporou rodina nebo jeden z rodinných příslušníků. U tří, co takto odpovídali, to tak na mě ale nepůsobilo. Spíše jako by tak odpovídali z toho důvodu, že se to od nich očekává (u jednoho respondenta jsem pozorovala přehnanou ohleduplnost vůči rodičům a řekla bych, že matčino chování muselo být spíše přitěžující, vzhledem k ostatnímu povídání). To je ale pouze můj dojem.

Čtyři respondenti říkají, že jim nebyl oporou nikdo z rodiny. Jeden dotazovaný uvádí, že si byl oporou on sám. Jedna respondentka říká, že oporou jí nebyl vůbec nikdo. V zápětí dodává, že jistou oporou ji po nějaký čas byla víra. Ještě jeden dotazovaný se vyjadřuje v tom smyslu, že mu nebyl oporou nikdo. Dalšímu byla oporou reálná bytost, se kterou ale není nikterak v kontaktu a se kterou se nikdy osobně nesetkal.

Tři respondenti udávají jako oporu přátele či známé. Jedna z takto odpovídajících respondentek dodává, že šlo o známé, kteří věděli, o co jde (co se týče nemoci). Přičemž jednomu z respondentů takto odpovídajících mu přátelská opora byla spíše přitěží, jelikož byl těmito přáteli stahován zpět k nezodpovědnému chování.

Co se týče přitěže, reagovali čtyři dotazovaní. Jeden udává kamarády, kteří ho stahovali ke špatnému životnímu stylu (dobrá reflexe), další říká, že přitěží byli všichni kolem. Jedna respondentka udává svou vlastní babičku, pro další byla přitěží rodina partnerky.

Jedna respondentka neodpověděla. Nevěděla, koho by označila za svou oporu.

Otázka č. 8) Pociťoval/a jste nějaké změny v přístupu rodiny a okolí k Vám? Jak jste to vnímal/a?

I: *Po hospitalizaci byl v těžké depresi a změnu v přístupu okolí si neuvědomoval. Rodiče brali diagnózu na lehkou váhu.*

II: *Říká, že to nikomu neříkal, jelikož byli lidi zlí. V Řevnicích byl profláklý, jako zlodějíček, „feták“, nebezpečné individuum.*

III: *Odpovídá tak, že švagr byl zlý a taky mu nasadil brouka do hlavy s UFO.*

IV: *Začal vnímat, že něco nehraje. Měl pocit, že je za blázna, že na něj sváděli lidé problémy.*

V:

VI: *Někdo si myslel, že je blázen.*

VII: *Změny nevnímal.*

VIII: *Ne, rodina i okolí byly fajn.*

IX: *Okolí se začalo bát; stigmatizace a neznalost. Cítila a stále trochu cítí odepsání ze strany společnosti.*

X: *Před rodinou se ji před první hospitalizací úspěšně dařilo držet, jak říká poker face a nedat nic najevo. Přátelům ani neví proč, lhala, že je všechno v pořádku (odváděla řeč na něco jiného). Když měla své zvláštní úzkostné, paranoidní a bludné stavy, nebyla schopna vyjít z bývalé přítelkyně bytu (jediné místo, kde se cítila v bezpečí) na ulici, takže v těchto stavech ji nikdo kromě ní neviděl. (později hovoří o jistých změnách v přístupu okolí)*

XI: *Rodina se začala ještě víc starat a bát.*

XII: *Říká, že reakce okolí byly vesměs fajn, až na výjimky, jako třeba babička, která ji má stále za „divnou“ (později říká, že přišla o většinu kamarádů).*

Pouze tři respondenti hovoří tak, že si změnu (pod tíhou situace) neuvědomovali.

Čtyři respondenti pociťovali výraznou stigmatizaci. Tři z nich popisují, že je okolí začalo vnímat jako dokonce nějakým způsobem nebezpečné nebo že problémy byly sváděny na ně. Jedna říká doslova, že se začali lidé kolem ní bát. Další respondentka se vyjadřuje o reakci okolí celkem kladně, pouze vyjma babičky, která ji podle ní považuje za „divnou“.

Další respondentka konstatuje, že rodina začala být ještě starostlivější, což nehodnotí kladně.

Pouze jeden respondent vypovídá tak, že rodina i okolí tuto skutečnost přijala bez problémů. Tento pohled je ale dle mého názoru poněkud zkreslený. Jeden respondent neodpověděl.

Otázka č. 9) Jaký vliv mělo propuknutí nemoci na Váš dosavadní život? (rodinu, přátelství, práci...) Změnilo se něco? Co?

I: *Odpovídá tak, že rodiče to určitě nechtějí zažít znovu (přehnaná ohleduplnost vůči rodině), ale cítí v nich oporu. Kamarádi zmizeli.*

II: *Velký vliv, nemůže normálně pracovat. Přijde si vyčleněně z běžné společnosti.*

III: *Táhlo se to od dětství, spáchal několik pokusů o sebevraždu, jelikož to nemohl unést.*

IV: *(Nechtěl odpovídat, otázka s ním zjevně zahýbala).*

V:

VI: *Dost velký vliv. Nemůže žít jako normální člověk.*

VII: *Říká, že cítil už dlouho disharmonii světa. Doba a svět se mu nelíbí. Moc neřeší, co na něj okolí.*

VIII: *Není zaměstnaný*

IX: *Chybí ji založení vlastní rodiny. Hrozně ráda by měla děti a přítele.*

X: *Až na jednoho bývalého spolužáka, se kterým se přáteli, s ní veškerí spolužáci a přátelé přerušili kontakt. Z rodiny cítila výčitky, rozpaky, nevěděli, jak se k ní mají chovat, popisuje, že s ní jednali jako s dítětem, díky čemuž se cítila bezradná, malá, opuštěná, zrazená i jimi.*

XI: *Musela přerušit školu, s mámou mají ještě vypjatější vztahy.*

XII: *Zpřetrhalo vazby, přišla skoro o všechny kamarády. Nemůže dělat lepší práci.*

Sedm respondentů (4 ženy, 3 muži) na tuto otázku odpovídá tak, že nemoc měla velký vliv na jejich dosavadní život. Jeden z nich protože se nemůže uplatnit na otevřeném trhu práce a přijde si vyčleněn z běžné společnosti. Další jen konstatuje, že nemůže žít normální život. Další respondent vidí změnu v tom, že nemá práci.

Jedné z respondentek chybí především možnost založení rodiny, což ji nedoporučili lékaři. Další respondentka konstatuje, že přišla téměř o všechny přátele. Z rodiny cítila, že nevědí, jak s ní jednat, což zapříčiňovalo její stavy bezradnosti a opuštěnosti. Další respondentka musela kvůli nemoci přerušit školu a vztahy s matkou se staly ještě vypjatějšími. Především kvůli matčině hyperprotektivitě. Poslední respondentka přišla též o přátele a nemá práci, jakou by podle sebe mohla mít. I u této otázky je patrná jistá stigmatizace.

Jeden respondent neodpovídá zcela přesně na dotaz, jen konstatuje, že šlo o dlouhý, táhlý proces od dětství. Další respondent pocíťoval jistý nesoulad také delší dobu, proto nepocíťoval výraznější změny.

Jeden respondent opakovaně neodpověděl. Respektive nějak odpověděl, ale vyprávění bylo velmi nesrozumitelné a nebyl schopen udržet chronologii vyprávění.

Ještě jeden respondent neodpověděl. Jediné, co k tomu mohu říci je, že to na mě zapůsobilo dojmem, že mu nemoc způsobila asi obrovskou životní změnu.

Otázka č. 10) Pomoc jste si vyhledal/a sám/sama nebo Vám byla nějak a někým doporučena? Pokud ano, kým? Jak jste se tehdy cítil?

I: *Pomoc vyhledali rodiče, na popud kamarádů, kterým se I nezdál být v pořádku.*

II: *Při krátkém pobytu ve vězení za drobné loupeže si sám začal řešit léčbu. Pak ho díky amnestii propustili, jenže opět něco ukradl. Byl odvezen do Bohnic, kde mu byla nařízena ústavní léčba. Po jednom roce v Bohnicích mu byla změněna na ochrannou ambulantní léčbu. Docházel k doktorce a pěstoval si náhled na nemoc, zatím neúspěšně. Při opakované Bohnické hospitalizaci mu byla doporučena komunita Sejřek. Tu rychle opustil. Opět pobyt v Bohnicích, tentokrát doporučena terapeutická komunita Mýto, sám ale chtěl do Sv. Magdaleny, což je komunita pro drogově závislé. Uvědomuje si obrovský vliv závislosti. S Radanou z komunity Slavětín se potkal u své psychiatricky, která je zároveň psychiatrickou komunitou Slavětín. Sám ji zkontaktoval, když už nemohl dál. Nastoupil do Slavětínské komunity, kde ho po dvou měsících opět přemohla závislost a tak ji na Štědřový den (2014) opustil. Jel za kamarády. Psychóza byla ale nepříjemná. Sám jel do Bohnic, i proto, aby se vyvaroval ústavní léčbě. Poté se vrátil do Slavětína, kde je druhý měsíc (tudíž se blíží čas, kdy léčbu rád vzdává; sám se*

toho trochu bojí). *Ale fakt, že by měl ve Slavětíně už dveře zavřené, je mu velkou motivací. Ale je vidět, že je se-
bou ještě trochu nejistý.* Bojuje s vypracováním náhledu na svou nemoc.

III: *Pomoc mu byla doporučena v pedagogicko-psychologické poradně, kam docházel od dětství. Chodil
tam rád, doktorka mu moc pomáhala. Ve 20 letech pokus o sebevraždu – Dobřany. Nejspíš na popud matky.*

IV: *Maminka, babička. Prvně nechápal, že je to nemoc. Jet k doktorovi ho přiměla maminka.*

V: *První 2 měsíční hospitalizace, v 19 letech, byla na popud maminky, povídal si s mrtvým tátou, měl po-
cit, že se vrátil. Pak byl 3 roky na ulici, poté šel sám za doktorkou.*

VI: *Poprvé zavolala pomoc maminka, pak i on sám. Byl hospitalizován 8x.*

VII: *Upozornili kamarádi. Zavolali sanitku v situaci, kdy bylo jeho chování už velmi neúnosné. Zmiňoval
se o svlékání na veřejnosti a o velmi prapodivném chování.*

VIII: *Cítil, že není v pohodě, sanitku zavolal otec.*

IX: *Známí doporučovali pomoc, poslali ji ke klinické psychologce, která ji poslala k psychiatrovi, tam ale
nešla, nevěřila, že jí něco je. Známým připadalo zvláštní, že je plačtivá, plácala se neustále ve virózách, byla
unavená a pomalá a zhubla. Pak 1. ataka, jeli do Bohnic s otcem.*

X: *Její „šílené“ stavy byly spojeny se svalovými křečemi, jaké zažívala dříve při tetanických záchvatech.
Poznala to už v předstihu podle tlaku na hrudi, jezdila si na pohotovost pro injekci hořčíku, po které se ji ulevilo.
Stačilo jim vždycky jen ukázat zprávu z neurologického vyšetření. Ale jednou musela na pohotovost do jiné části
města, tam chtěli, aby jim popsala své problémy, řekli, že to ale není na neurologii, ale na psychiatrii, a poslali ji
do Městské nemocnice na psychiatrickou pohotovost. Říká, že se cítila jako debil. Okamžitě po předepsání prv-
ních psychofarmak si přišla, jako by jí dali nálepku cvoka.*

XI: *Na letním pobytu si známí v Rakousku, všimli, že něco není v pořádku. (potulovala se, měla tendence
jim utíkat) Odvezli ji zpět do Čech a rodiče ji rovnou odvezli na psychiatrii do Motola.*

XII: *Rodiče ji poslali k doktorovi, byla extrémně vztahovačná, hodně se hádala s matkou, nadávala ji, až
to bylo neúnosné, chovala se „divně“. Byla u doktora Praška – měla rozjednaný studijní pobyt v Anglii, kam ji
pustil. V Anglii to na ni dolehlo nejvíc. Cítila se hrozně špatně, myslela si, že má deprese, chtěla pomoci. Šla
k praktickému lékaři, který ji řekl, že je to schizofrenie. Vrátila se do Čech a nastoupila do Bohnic.*

Osm respondentů říká, že pomoc, tím myslím návštěvu psychiatra, zprostředkovali rodiče, ačkoli třeba na
popud kamarádů (2), či známých (2), kteří si všimli, že je něco v nepořádku.

Jednomu respondentovi zavolal sanitku rovnou někdo z přátel, jelikož jeho chování bylo neúnosné.

Další klient vyprávěl překotně (tendence zahlcovat dojmy). Pomoc vyhledal sám, v psychóze mu bylo
nepříjemně. Následovala i ústavní léčba. V této otázce mi vlastně řekl téměř vše. Bylo těžké, udržet ho u jednoho
tématu.

Jedna z respondentek byla na psychiatrii poslána náhodou, když byla řešit jiný problém na ambulanci.

Druhá respondentka absolvovala návštěvu u klinické psychologky, jak ji poradili známí, na její radu na-
vštívit psychiatra ale nedala.

Zajímavostí pro mě je, že poslední respondentka na popud rodičů navštívila psychiatra (dokonce jednu
z našich velkých kapacit) před studijní cestou do zahraničí, kam ji tento doktor i přes zjevné potíže pustil, a tam
přišla první ataka...

Otázka č. 11) Informoval Vás někdo o nemoci a možnostech, jaké služby můžete využívat? Kdo Vás informoval a jak?

I: V Bohnicích ho nasměrovali na Ondřejov – Velký denní program, kde probíhala i edukace o nemoci.

II: Byly mu doporučeny 2 komunity při několikáté hospitalizaci, psychiatrickou a Bohnicemi. Jaké jsou možnosti sociálních služeb, nemá tušení. O žádném poučení co se týče nemoci, se nezmiňuje.

III: Ve 23 letech začal navštěvovat denní stacionář pro mentálně postižené (měl diagnózu pseudooli-gofrenie). Navštěvoval též psycholožku. Ve 20 letech byl z důvodu pokusu o sebevraždu opět hospitalizován, v Dobřanech nedoporučili nic. Nikdo prý neporadil. V psychiatrické klinice v Ostrově nad Ohří, mu byla psychi-atrickou doporučena terapeutická komunita Mýto.

IV: Při hospitalizaci v Ostrově nad Ohří si nic takového nevybavuje. V Bohnicích ano. Navštěvoval denní stacionář v Bohnicích, tam se dozvěděl i o Ondřejově. Pak v Ondřejově doporučili Mýto. Proběhla i edukace co se týče nemoci.

V: Prvně moc neví, rozvzpomíná se, pak říká, že doktorka v Jihlavě doporučila Mýto a (údajně) vyjednala příspěvek na péči. Ovšem při několikáté hospitalizaci.

VI: V nemocnici v Havlíčkově Brodě při několikáté hospitalizaci nasměrovali na Fokus – kurzy počítačů, chráněná dílna, finanční gramotnost, poradenství. O nemoci asi také něco slyšel.

VII: Chodil do stacionáře při léčebně v Jihlavě. Časem ale ztrácel nasazení. Při jedné komunitě rozdál Fokus své letáčky, ptali se, kdo má zájem, nakonec se ale neúčastnil.

VIII: Bratr vyhledal terapeutickou komunitu Mýto.

IX: V Bohnicích skupinové poradenství, vzdělávání v oblasti nemoci. Skupiny, kam dojížděla po propuštění.

X: Až během asi páté hospitalizace na doléčovací oddělení pro psychotiky. Tam se docházení do různých těch center a využívání služeb pro osoby s psychickým onemocněním velmi dopodrobna věnovali a doporučovali konkrétní centra a kontaktní osoby.

XI: Prvně říká, že vůbec. Když jsem se ptala, zda ani nějaké brožurky nerozdávali, opravuje se, že prý mluvili o Fokusu.

XII: Byla hospitalizovaná v Bohnicích, ale v Psychiatrickém centru Praha (dnes Národní ústav duševního zdraví), které si moc pochvaluje. Doporučili Fokus, Baobab. Prý tam byla dobrá sociální pracovnice, která rozdala kontakty a doporučila Fokus a Baobab.

Všichni dotazovaní byli na nějakou sociální službu odkázáni, ovšem čtyři respondenti říkají, že se tak stalo až při několikáté hospitalizaci. To sice pochopitelné, ale rozhodně by tomu tak nemělo být zejména kvůli periodickému charakteru nemoci a tomu, že po první atace je největší šance zabránit dalšímu relapsu nejen medikací, ale právě i pomocí zachycení do sítě sociálních služeb a terapií.

Za dobře informované považují šest dotazovaných, vzhledem k tomu, jak se o této problematice vyjadřovali (3 ženy a 3 muži). O dobré informovanosti se vyjadřují čtyři respondenti, kteří byli hospitalizováni v Bohnické nemocnici. Všichni tito navštěvovali stacionář, který funguje při nemocnici.

I zbylých šest respondentů udává, že bylo někam nasměrováno, ovšem tito dotazovaní se dlouho vzpomínali na tyto události nebo prvně odpověděli, jako že ne a následně svá prohlášení měnili.

Jeden respondent uvádí, že mu další léčbu vyhledal bratr. Nikdo jiný se nevyjadřuje tak, že by mu službu vyhledal nebo doporučil někdo z rodiny.

Otázka č. 12) Jakou sociální službu jste pak začal/a navštěvovat/ využívat? Jak jste se o ní dozvěděl/a?

I: *Velký denní program v Ondřejově, pak terapeutická komunita Mýto.*

II: *V Bohnicích mu byla doporučena komunita Sejřek, kterou rychle ukončil. Pak následovaly opět Bohnice. Pak Slavětín.*

III: *Terapeutickou komunitu Mýto, kde strávil několik měsíců, poté šel zpět k matce, ale díky pokračujícím potížím se vrátil do Mýta.*

IV: *Stacionář v Bohnicích, pak Ondřejov a pak Mýto. V Bohnicích a Ondřejově dobře informovali. Pak terapeutická komunita Mýto.*

V: *Terapeutickou komunitu Mýto, přes doktorku.*

VI: *Využíval služby Fokusu, které si pochvaluje.*

VII: *Komunitu Slavětín, přes kamarádku.*

VIII: *Asi Mýto*

IX: *Fokus, Baobab, Lidé mezi lidmi, Ondřejov. Dozvěděla se od psychiatra a na poradenství v Bohnicích.*

X: *Velmi krátce docházela do klubu Mlýnek. Ted' občas do kavárny Mens sany a na jejich autorská čtení.*

XI: *Fokus, skupiny. Říká, že dobrý.*

XII: *Fokus – arteterapie a sport, občas komunitu. Kurz Student přes Baobab. Během hospitalizaci 2010 kvůli poruchám příjmu potravy, se dozvěděla o stacionáři Ke Karlovu, který začala navštěvovat pak.*

Odpovědi mých respondentů byly občas trochu zmatečné, často přeskakovali z organizace na organizaci a podobně.

Tři dotazovaní, jedna žena a dva muži navštěvovali sanatorium Ondřejov, o němž se všichni dozvěděli v Bohnicích. Jeden dotazovaný si Ondřejov velmi pochvaluje, především právě informovanost, kterou si odtamtud odnesl.

Čtyři respondenti začali navštěvovat Fokus, který si jeden dotazovaný velice chválí.

Dva klienti mají zkušenost s Baobabem.

Tři dotazovaní odpovídají, že následovala léčba v terapeutické komunitě Mýto. Pouze u jednoho předcházela terapie v sanatoriu Ondřejov, další dva nemají zkušenosti s žádnými jinými službami ani o nich nemají povědomí.

Další dva dotazovaní šli rovnou do terapeutické komunity Slavětín, o které se jeden dozvěděl od kamarádky a druhý čirou náhodou, když se u své doktorky potkal se slavětínskou terapeutkou (tento má zkušenost ještě s komunitou pro drogově závislé, tu ale brzy opustil). Jeden z nich má povědomí, že existuje Fokus, druhý nemá povědomí o žádných dalších organizacích pro duševně nemocné.

Dvě respondentky mají dokonce zkušenost se třemi až čtyřmi organizacemi. Obě tyto mají maturitu.

Otázka č. 13 Co Vám tam vyhovovalo a co naopak? Pokud možno konkrétně.

I: *Dobrý program, skupiny, na zaléčení výborné (Ondřejov)*

II:

III: *Mýto se mu moc líbí, stěžuje si akorát na velmi vytížený program (mnoho komunit denně).*

IV: *Uvítal by více kreativních činností*

V: *Dobrá sociální pracovnice – poradila, pomohla zajistit důchod. (V T K Mýtě)*

VI: *Fokus si velmi pochvaluje.*

VII: *Vyhovuje pracovní terapie, dělba práce, samostatnost.*

VIII: *Volný čas si pochvaluje. Nevyhovovalo mu, že program byl příliš náročný (v T K Mýtě). Moc komunit. Volnější režim by bral*

IX: *Chráněné místo, pocit bezpečí. Dál chválí edukaci o schizofrenii v Bohnicích.*

X: *Mlýnek byl plný aktivit, které jistě vyhovovaly mnohým klientům. Hrál se ping-pong, vyšívalo, malovalo, povídalo, hrály se hry. Kristýně to nevyhovovalo. Říká, potřebovala cítit, že má nějakou cenu, že přes svůj handicap se může nějak vzdělávat, potřebovala i ve chvílích, kdy ji bylo opravdu zle, dostávat zpětnou vazbu, zaměstnat mozek, nutit ho přemýšlet. Tímto způsobem (a posloucháním hudby) relaxuje. Hraní her a vyšívání ji ubíjelo, jak říká, monotónní činnost tohoto typu způsobovala, že se jí toulaly myšlenky, opět se spojovaly do divných souvislostí, dostavila se úzkost, pocit marnosti, zbytečnosti.*

XI: *Fokus prý lepší, než Ondřejov. Terapeuti se věnovali víc každému jednotlivě. Během komunit se dostalo na každého. Skupiny ji vyhovují, je ráda, že se může vypovídat a postěžovat si (především na rodiče). Nemá ráda dramaterapii a muzikoterapii.*

XII: *Bohnický stacionář, moc dobrý! Edukace o nemoci i pro rodiče, nácvik sociálních dovedností, community. Baobab, dobrý. Nejvíce si pochvaluje stacionář Ke Karlovu. Vybavení sice nic moc, ale povídali o sociálních službách, chodili z Fokusu rozdávat letáčky.*

Osm z dotazovaných si služby chválí.

Dvě respondentky si pochvalují konkrétně bohnický stacionář a edukaci o nemoci, jak pro klienty, tak pro jejich rodiny. Jedna z těchto žen má zkušenost ještě se stacionářem Ke Karlovu, který si pochvaluje ještě více, ale podotýká, že vybavení nebylo nejmodernější. Nicméně informovanost o sociálních službách zde byla na výbornou.

Další respondentka porovnává zkušenosti s Fokusem a s Ondřejovem, přičemž ji víc vyhovoval Fokus, což zdůvodňuje pocitem většího zájmu od pracovníků Fokusu. O Ondřejově se vyjadřuje ještě jeden respondent a ten si ho velice pochvaluje.

Tři respondenti zde mluví o terapeutické komunitě Mýto. Dva z nich konstatují, že program byl velmi vytížený a náročný, nicméně i tak se jim tam líbilo. Třetí si pochvaluje sociální pracovníci.

Další respondent konstatuje, že trochu postrádá více kreativních činností. Dalšímu respondentovi vyhovuje tento styl terapie a samostatnost.

Poslední respondent nemá zkušenosti s jinou sociální službou, tudíž odpovídá až v další otázce.

Zajímavá je výpověď jedné z respondentek, která konstatuje, jak ji stereotypní činnosti v denním centru navozovaly úzkosti.

Otázka č. 14) Jaké služby využíváte v současné době? Co si pochvalujete a co naopak postrádáte?

I: *Psychiatrickou a Ondřejovem doporučena terapeutická komunita Mýto. Chválí režim a řád, který mu prý hodně dal. Zároveň hodně intenzivní, náročné. Z Mýta si zařizoval přes Baobab chráněné bydlení, našel si práci grafika. Odešel z Mýta, nastoupil do normálního pracovního režimu, šel bydlet se spolubydlícím do normálního bytu, ale opět se dostal do styku s marihuanou. Přišla další ataka. V práci skončil na dohodu. Byl mu přiznán I. Stupeň důchodu. Vrátil se do Mýta, absolvoval celý rok.*

Ted' je v komunitě Slavětín, kterou si moc pochvaluje. Říká, že je podobnější reálnému životu. Komunitní styl léčby mu velmi vyhovuje. Během pracovní terapie je vidět, jak se realizuje.

II: *Komunita Slavětín. Pochvaluje si pracovní terapii i možnost, že si může něco vydělat. Terapeutů by mohlo být více.*

III: *V současné době je pouze na přechodnou dobu v terapeutické komunitě Slavětín. Zde mu trochu chybí jasnější řád a struktura dne. Ven moc nevychází. V Mýtě je program náročný až moc, necítí se tam bezpečněji.*

IV: *Dočasně je v terapeutické komunitě Slavětín, jinak dokončuje rok v Mýtě. Mýto bylo náročné. Ve Slavětíně mu chybí trochu více zpětné vazby, co se daří a co ne. Více výtěže a společné činnosti.*

V: *Terapeutickou komunitu Slavětín, chválí si vedoucí.*

VI: *Nyní je v terapeutické komunitě Slavětín, o které se dozvěděl od kamarádky. Vyhovuje mu zde režim, pracovní terapie, vyhovuje mu možnost sdílení, možnost přírody. Líbilo by se mu více kreativních činností – kreslení, keramika, hudba, tvoření.*

VII: *Terapeutickou komunitu Slavětín, kde mu vyhovuje pracovní terapie, všechno.*

VIII: *Terapeutická komunita Slavětín, kde mu vyhovuje právě volný čas, práce se zvířaty (ke kterým má úžasný vztah). Práce na počítači. Mimo to řeší aktuálně s bratrem, který je jeho opatrovníkem, chráněné bydlení přes Baobab a Eset – help. (obstarávají chráněná bydlení i mimo Prahu – poměrně se orientuje ve službách)*

IX: *Psychiatr, organizace Dobré místo, které organizuje webové stránky Lidé mezi lidmi, kam píše své zkušenosti s nemocí. Pochvaluje si depotní injekce, konstatuje, že je to drahé onemocnění.*

X: *Nevyužívá žádné kromě kavárny Mens sany, kde mají levno a příjemně. Pasivně je zapojena do některých aktivit Mens sany (zmíněná autorská čtení, jsou tam nějaké akce)*

XI: *Ondřejov – denní stacionář. Nevyhovuje ji program, například „vnímání těla“, muzikoterapie, arteterapie. Občas navštěvuje centrum krizové intervence.*

XII: *Green doors, Kafe na půl cesty – pracovní rehabilitace. Práce ji baví. Ale je i dosti náročná.*

Prvních osm mých dotazovaných se nachází momentálně v terapeutické komunitě Slavětín. Pět z nich bylo původně v terapeutické komunitě Mýto a z těchto pěti se do Mýta budou vracet na dokončení ročního programu dva dotazovaní. Tři dotazovaní ve své odpovědi hodnotí a porovnávají tyto dvě komunity. Jednomu respondentovi přijde Slavětín podobnější reálnému životu. Asi tím, že režim je volnější a klienti musí být samostatnější. To třeba dalšímu klientovi tolik nevyhovuje. Jasnější řád mu dodává pocit jistoty. Třetí klient ve Slavětíně postrádá více zpětné vazby a trochu více vytížení. Konstatuje, že Mýto bylo náročné.

Na Slavětíně se klienti pochvalují především pracovní terapií, přírodu a možnost výdělku. Jeden dotazovaný je například úžasný při práci se zvířaty, která ho velmi naplňuje. Další se realizuje při vaření a práci v kuchyni (během mého pobytu v komunitě jsem si velmi pochutnávala).

Jedna z mých respondentek momentálně nevyužívá žádnou sociální službu. Druhá respondentka navštěvuje denní sanatorium Ondřejov, kde jí ale úplně nevyhovují všechny složky programu. Poslední dvě respondentky pracují na chráněném místě, což si moc pochvalují. Jedna konstatuje velké vytížení.

Otázka č. 15) Vidíte nějaké mezery, něco co Vám v nabídce sociálních služeb chybí? Jakou sociální službu postrádáte?

I: *Více vstřícnosti ze strany pracovníků. Větší informovanost, co se týče návaznosti sociálních služeb (pro konkrétní diagnózy). Větší informovanost lidí, kteří podporují nemocného. Je toho názoru, že psychiatr (spíše soc. prac.) by si měl před propuštěním pozvat nemocného i podporovatele do ordinace, a měl by poučit jak nemocného, tak hlavně jeho podporovatele, na jaké sociální služby se mohou obrátit, o jejich možnostech, jaká je nabídka sociálních služeb pro konkrétní diagnózy. Poskytnout rodinám i nemocným více informací.*

II: *Stěžuje si na nízký důchod, se kterým se dá jen těžko vyžít. Má pocit, že ho společnost už nepřijme s touto diagnózou. Kritizoval systém v tom smyslu, že kdyby měl to štěstí a začal pracovat, pak o práci přišel, řešení kolem invalidního důchodu je hrozně zdlouhavé, což vede k tomu, že lidé padají často opět na dno.*

III: *Zná Fokus, se kterým má zkušenosti, ten si pochvaluje. Ví, že má pobočku v Karlových Varech a rád by tam docházel, až tam bude žít, někde v ubytovně, což je jeho cílem.*

IV: *Více kreativních činností, více chráněných dílen a zaměstnání. Nedostatek podpory pracovních míst. Uvítal by službu, která by pomohla s projektováním. Pomoc s podnikáním, postavením se na vlastní nohy. Pomoc s vyplňováním dotací. Dále odpovídá na otázku: WC, kampaň o šíření informací veřejnosti o těchto nemocech.*

V: *Postrádá sportovní vyžití.*

VI: *Nemá tolik zkušeností, aby mohl posoudit, komunitní způsob léčby chválí.*

VII: *Nemá přehled, ale je toho názoru, že v nemocnicích by měla být větší osvěta.*

VIII: *Mohlo by být více komunit.*

IX: *Postrádá pochopení od veřejnosti, větší informovanost veřejnosti. Psychiatrie je podle ní nedocenená a málo financovaná oblast péče. Odkazuje na poradenství pro rodiny v Ondřejově.*

X: *Říká, že byla v léčebně dostkrát na to, aby si uvědomovala, že jí chyběla bližší spolupráce psychiatrické nemocnice s organizacemi, které tyto služby poskytují – informace o nich sice dostali, ale vlastně stále nevěděli, co od nich čekat. Konkrétní službu nepostrádá žádnou, nevyužívá jich.*

XI:

XII: *Vybavení oddělení, má srovnání s Británií, je vidět, že je tu málo peněz. Málo psychoterapie, která je podle ní důležitá. Více sportovních aktivit. Větší informovanost veřejnosti o těchto nemocech.*

Pěti respondentům chybí větší informovanost veřejnosti i nemocných o těchto nemocech. Jeden dotazovaný je toho názoru, že by při opouštění nemocnic měla být rodina nemocného více poučena, jak s dotyčným jednat a kam se dále obrátit. Dvě respondentky říkají, že chybí propojení nemocnic s návaznými službami.

Jedna z těchto respondentek postrádá větší pochopení veřejnosti. Další z těchto dotazovaných konstatuje, že je zde patrný nedostatek financí a málo psychoterapie. Dále jednomu respondentovi chybí větší podpora, co se týče postavení se na vlastní nohy, více podporovaných míst. Jeden dotazovaný kritizuje systém sociálního zabezpečení.

Dále dva respondenti postrádají více sportovních aktivit. Jeden respondent konstatuje, že je v ČR málo komunit.

Dva klienti konstatují, že nemají tolik zkušeností se službami a celkový přehled. Jedna respondentka neodpověděla a jeden respondent neodpovídá zcela na mou otázku.

Respondenti měli spoustu názorů co se sociální sféry týče.

Otázka č. 16) Jak se cítíte v současné době? + můj dojem z respondentů

I: *Cítí se příjemně (velký náhled na svou nemoc).*

II: *V současné době se cítí báječně, ve Slavětíně je mu moc dobře. Naše povídání v něm vzbuzovalo baženi, jak sám přiznal. Vyskytují se občasné manické stavy, při kterých bývá paranoidní. Ale náhled se rýsuje.*

III: *Cítí se údajně lépe než dříve, jelikož halucinace se objevují prý zhruba jednou nebo dvakrát týdně, tudíž méně, než dříve a jsou mnohem méně intenzivní. Výhledově by rád žil sám, zároveň mu ale komunitní styl léčby vyhovuje.*

IV: *Docela dobře.*

V: *Dobře.*

VI: *Dobře, až na výkyvy nálad. Náhled se rýsuje.*

VII: *Impozantně! V komunitě je nadšený.*

VIII: *Dobře, až na halucinace, které se neustále tu a tam objevují.*

IX: *Dobře. Má spoustu aktivit, které ji naplňují, až na to, že jí chybí vlastní rodina.*

X: *Smířená s nemocí, odhodlaná žít plnohodnotný život přes tu nepříjemnou skutečnost, že někdy v té léčbě prostě zase skončí, propadá určitému typu depresí, které schizofrenii často doprovázejí, ale celkově se cítí relativně dobře. Po elektroléčbě loni na jaře/v létě prý silně migrenózně, ale dobře.*

XI: *Zvláště. Řeší neustále to, že by se chtěla hrozně moc odstěhovat od rodičů a najít si přítele.*

XII: *Má radost z práce. Jinak má ale prý spoustu starostí. Jaké mi neřekla.*

Až na dvě respondentky, které se vyjadřují trochu rozporuplně, se **všichni cítí údajně moc dobře. A jsou spokojeni na místech, na kterých jsou.** Ke každému respondentovi jednotlivě bych zde navíc ráda napsala, jakým na mě působil dojem.

První respondent je velmi chytrý, vnímavý a citlivý. Maluje krásné obrázky a píše básně. Trpívá depresemi, které často schizofrenii provázejí. Je velmi pracovitý. Nejraději má služby v kuchyni, kde se ohromě realizuje. Neustále něco peče a podobně. Má velký náhled na svou nemoc, jak bylo několikrát zmíněno, a je schopný o ni velmi srovnat a rozumně hovořit. V budoucnu by rád pomáhal lidem s touto diagnózou jako peer pracovník.

Respondent II. už má také jakýsi náhled na svou nemoc. Zatím se mu nedařilo vydržet déle abstinovat, nicméně bylo vidět velké odhodlání. Bohužel se ale upíná k nereálné představě odejít do cizinecké legie, aby se

vyhnul kontaktu se svými drogovými přáteli. Je pracovitý a i přes mnoho let závislých na návykových látkách mluvil rozumně a k věci. Je moc hodný.

Třetí respondent se velmi sráží a ponižuje. Často konstatuje, že se cítí hnusně a odporně. Trpí také hypochondrickými bludy a je velmi negativní a pesimistický, neustále má pocit, že na něco umírá. Je homosexuál, což na sobě také nesnáší. Když na toto na chvíli zapomene, je usměvavý a až rozšafný. Po mnoha letech strávených po ústavech a psychiatrických nemocnicích je u něho patrné „ústavní chování“. Hned mezi dveřmi mi ukazoval několik jizev na obou rukách po opakovaných sebevražedných pokusech. Říkal ale, že se šel i sám několikrát udat, zabít se tedy nechtěl, spíše šlo o jakési volání o pomoc. Na mě byl moc milý.

Respondent s číslem IV. měl také vytvořený už poměrně dobrý náhled, ačkoli se svými stavy a náladami ještě neumí tak úplně nakládat. Objevují se u něj výkyvy nálad – bývá euforický, poté unavený. Působil velmi srovnaným dojmem.

Pátý respondent zatím nemá úplně náhled na svou nemoc, neustále žije v bludném přesvědčení, že má obrovské jmění. Vyprávěl mi také o různých časových pásmech, nebo že mě viděl jako malou holčičku někde pobíhat. Léky ovšem užívá zodpovědně. Mluvil spíše útržkovitě a tak trochu nedbale. Občas mu dělalo problém udržet dějovou linku. Moc neměnil mimiku. Není moc usměvavý, spíše mlčenlivý, ale je velmi hodný.

U šestého respondenta byly vyjadřovací schopnosti také malinko slabší. O nemoci mluvil ale srovnaně. Náhled si dotváří až ve Slavětíně, a poté, co absolvoval 11 hospitalizací. Je také velmi vstřícný a laskavý. Bývá depresivní, někdy manický.

Další respondent (VII) na mě působil až intelektuálním dojmem. Velmi chytrý. Píše krásné básničky. O nemoci mluví srovnaně, má náhled, ačkoli stavy a nálady ještě úplně nekoriguje. Moc si nehlídá režim dne. Bývá manický, často téměř nespí, pak bývá velmi unavený. Má velmi dobrý odhad na lidi, což mě zaujalo. Když jsem byla v něčem nejistá, hned to viděl a konfrontoval mě s tím, jak nejistý a mnohdy nerozhodný projev působí na takto nemocné lidi. Byl mi v tomto ohledu cenným rádcem.

Osmý respondent byl uzavřený a mlčenlivý. Když ale mluvil, mluvil chytře a srozumitelně a byl i velmi vtipný. Má vybudovaný náhled na svou nemoc. Ohromě se realizoval při práci kolem zvířat, která jsou mimochodem velkým plusem této komunity. Choval se k nim velmi hezky a služby u zvířat má nejraději. Když je opečovával, bylo vidět oboustranné potěšení.

Devátá dotazovaná na mě působila velmi optimistickým dojmem. Ačkoli ji asi často trápí, že ji lékaři nedoporučili založit si vlastní rodinu, po které velmi toužila. Má spoustu aktivit, které ji baví. Je na ni vidět obrovská chuť do života. Náš rozhovor byl dlouhý, bylo vidět, že ji ke konci velmi unavuje.

Slečna X na mě působila velmi inteligentně a velmi vyspěle na svůj věk. Má velký náhled na nemoc. Často si přijde nějak neužitečně a trochu méněcenně, jelikož na sebe klade velké nároky. I přes velmi nízký věk žije samostatně v nechráněných podmínkách, což mi přijde obdivuhodné. Působí velmi rozvážným dojmem.

Jedenáctá dotazovaná má nemoc diagnostikovanou teprve rok. Náhled na ni zatím nemá. Často opakovala, že si nepřijde nemocně. Velmi ji tíží, že se nemůže osamostatnit, jelikož ji je velmi nepříjemná matčina kontrola a rady. Často jsem nevěděla nač myslí nebo co se jí honí hlavou. Často na mě dlouho koukala a nic neříkala. Moc neměnila mimiku a výraz obličeje. Gestikulace byla poněkud zvláštní. Také touží po nějakém příteli a trápí ji, že žádného nemá. Často také konstatovala, že má v této oblasti málo zkušeností, že se cítí zaostale. Má také tendence navazovat kontakty s cizími lidmi. Působila trochu nespokojeným dojmem.

Poslední respondentka (XII) působila rozumným dojmem. Na nemoc má náhled. Všechno mi pečlivě vysvětlovala; o nemoci má velké znalosti. Velmi se ale podceňuje a má tendenci se sebeobviňovat a vyčítat si různé věci. Projev byl i trochu zmatečný, byla velmi upovídaná a často bylo těžké ji udržet u jednoho tématu. Několikrát opakovala, že kdyby o schizofrenii věděla dříve více, třeba by to poznala (asi v tom smyslu, že by jisté události nezašly tak daleko). Zrovna se nachází v nějakém hektičtějším období. Prvně mou prosbu odmítala, ptala se, kolik to zabere času, a že ho teď moc nemá. Poté mi ale velmi ochotně zodpověděla všechny dotazy i mnoho navíc. Co aktuálně řeší, mi neřekla s tím, že by to bylo na dlouhé povídání a na to teď nemá čas.

4.8 Analýza souvislostí

Vyjma otázky příčin nemoci je vliv pohlaví respondentů téměř neznatelný. V ní se ukázalo, že žádná z mých respondentek nemá zkušenosti s drogami, naopak muži tuto zkušenost mají téměř všichni, kromě dvou dotazovaných (marihuana, pervitin, alkohol), ale pouze u dvou je diagnóza definována jako duální. Ženy na druhou stranu označily všechny jako příčinu stres (ze školy a ze vztahu s blízkými), z mužů zmiňoval stres pouze jeden. Za povšimnutí stojí i zjištění, že sedm z osmi mužů vyrůstalo v neúplné rodině. Co se vzdělání týče, ukázalo se, že mělo také velký vliv. Tři ze čtyř respondentů s maturitou mají výbornou informovanost o nemoci i sociálních službách a mají zkušenosti se čtyřmi a více službami, kdežto z osmi respondentů, kteří mají pouze ZŠ, má šest zkušenosti pouze se dvěma službami.

Ukázalo se, že největší vliv na odpovědi okolo sociálních služeb měla informovanost. Docházka do stacionáře hrála největší roli v informovanosti jak o nemoci, tak o sociálních službách – všichni kdo navštěvovali stacionář, se zdáli být dobře informováni. Ukázalo se také, že informovanost měla velký vliv také na to, jaký je počet zkušeností se sociálními službami. Ti, co nebyli dobře informováni o nemoci i o sociálních službách, mají zkušenosti pouze se dvěma, naopak ze sedmi těch, kteří informováni jsou, má pět zkušenosti s třemi a více službami. Navíc čtyři ze šesti dobře informovaných samo o sobě zmínilo potřebu větší osvěty, tito také konstatovali, že se cítí stigmatizováni.

4.9 Shrnutí výzkumu

Na závěr svého šetření bych ráda řekla, že všichni respondenti byli velmi ochotní. Téměř všichni okamžitě souhlasili a se žádnou otázkou neměli výraznější problém. Všichni byli velmi otevření a nedělalo jim problém o svých zážitcích mluvit. Tento fakt bych ráda vyzdvihla, a to z toho důvodu, že jsem byla mnohými v této oblasti působícími lidmi odrazována od takto podrobného rozhovoru. Z těchto stran jsem slýchala předpoklady typu, že je můj rozhovor příliš dlouhý, tudíž málokterý klient udrží tak dlouho pozornost, dále že klienti nebudou schopni kontinuální výpovědi a také že se jedná o dotazy velmi osobního rázu, o kterých nebude lehké mluvit. Žádný z těchto předpokladů se nevyplnil. Klienti, až na drobné výjimky, byli schopni velmi zdatně rozprávět o tom, na co jsem se zrovna ptala. Občas jsem pociťovala drobné zahlcení informacemi nebo delší rozvzpomínání, ale odpovědi se mi téměř vždy dostalo od všech. Malou potíží bylo, že mi občas říkali tak nějak vše najednou.

Mým velkým štěstím bylo, že jsem výzkum započala realizovat v terapeutické komunitě, kde jsem měla možnost s klienty strávit více času, tudíž se mi se všemi podařilo prvně navázat nějaký vztah, což bylo velkým plusem. Zbylé respondentky, které jsem si vyhledala následně, byly naštěstí velmi ochotné a milé, takže ani zde

žádný problém tohoto typu nenastal. Jistě, klienti občas nedrželi úplnou chronologii vyprávění, ale většinou nebylo složité vrátit se k původní myšlence. Navíc z těchto respondentek vyjadřovaly dvě velký zájem o šíření této problematiky a s ní spojené osvěty. Tento předpoklad je tedy vyvrácen, ačkoli nebyl můj.

Bylo vidět, že ti, co mají dobrý náhled na svou nemoc, se většinou více rozpovídali. Zde bych ráda ještě podotkla, že mne v žádné situaci s žádným klientem v průběhu šetření nenapadlo, že bych mohla mít jakoukoli obavu o bezpečnost. Naopak. Všechna povídání ve mně vzbuzovala větší a větší chuť dozvědět se více a zkoušet lépe porozumět.

Mým cílem bylo v první řadě více proniknout do psychického světa, seznámit se s tím, co prožívají tito lidé. Tento můj cíl se mi podařilo naplnit vrchovatě. Dalším cílem bylo zjistit nedostatky, co se týče informovanosti a sociálních služeb vůbec. I tohoto cíle se podařilo dosáhnout. Zjistit názory klientů, jaké služby postrádají, nebo kde vidí nedostatky, bylo dalším cílem, i ten se z větší části podařilo naplnit. Chtěla jsem také vědět, jaké zhruba panují vztahy v rodinách takto nemocných a i tento cíl byl dosažen.

Mým velkým předpokladem bylo, že rodiny takto nemocných budou více zapojeni do péče o ně, tento předpoklad mi byl vyvrácen, o čemž svědčí to, že ve své primární rodině žije pouze jedna z dotazovaných a tato jediná si na toto soužití velmi stěžuje (pochopitelně i vlivem onemocnění). Naopak další respondentka se o přístupu své rodiny k její nemoci vyjadřuje velmi kladně. V rodině této dotazované se diagnóza schizofrenie objevila již dříve, z toho by se dalo tedy usuzovat, že rodina, která se už s touto diagnózou setkala u jiného příbuzného, se bude k takto nemocnému klientovi stavět daleko lépe, jako by měla „vyšlapanou cestičku“, než v rodinách, kde s ní nemají žádné zkušenosti.

Další předpoklad, který mi vyvrácen, byl, že informovanost bude na špatné úrovni. Informovanost sice není zcela ideální, nicméně žádný z klientů na tuto otázku neodpověděl tak, že by nebyl nasměrován vůbec nikam. Spíše se ukázalo, že informovanost je buď nízká, což zapříčiňuje méně zkušeností se sociálními službami, nebo jsou klienti informováni víc a služeb pak využívají také víc. Z toho usuzuji, že stav informovanosti sice není tak špatný, jak jsem si myslela, ale měl by se jako cesta k sociálním službám rozhodně zlepšovat.

Možná naivně jsem předpokládala, že drogy nebudou sehrávat tak výraznou roli v příčinách nemoci, jakou sehrávaly u velké většiny mužů.

Závěr

Cílem mé práce bylo především seznámit čtenáře s problematikou nejzávažnějšího duševního onemocnění, tedy schizofrenie, a popsat jej z teoretického hlediska, podat přehled o tom, jak vypadá sociální práce s touto cílovou skupinou, a vyzdvihnout, jak závažnou roli v tomto procesu hraje rodina. Také jsem chtěla seznámit čtenáře s psychiatrickou rehabilitací a popsat, jak probíhá na území České republiky. Tyto cíle jsem alespoň stručně naplnila.

V praktické části jsem si dala za cíl především zjistit informovanost a spokojenost klientů s nabídkou sociálních služeb, mimo to seznámit se s bližšími okolnostmi, které provázely životy takto nemocných lidí. S průběhem svého šetření jsem byla spokojena, jelikož mi respondenti poskytli spoustu informací, za což jsem jim velmi vděčná. Celá praktická část pro mě byla velmi obohacující a odnesla jsem si z ní spoustu zajímavých zjištění a cenných informací, které mě jen utvrdily v tom, že se této práci chci skutečně věnovat. Mimo jiné jsem díky ní poznala tyto velmi milé a zajímavé lidi.

Bohužel se mi nepodařilo zjistit nic převratného, což bylo možná zapříčiněno příliš obecnými otázkami mého rozhovoru, které musely být cíleny na sociální sféru, ačkoliv bych se sama ze své podstaty zabývala spíše psychickým aspektem tohoto onemocnění a také malým vzorkem respondentů (způsobený mimo jiné tím, že mi ne všechny organizace vyšly vstříc), takže výsledky nejsou tak objektivní, jak by mohly být. Tato problematika by si zasloužila daleko rozsáhlejší a podrobnější šetření, které by bylo z mého úhlu pohledu proveditelné, jelikož klientům nečinilo problém o svých prožitcích mluvit, dokonce někteří vyjadřovali velký zájem, aby se informace o této problematice rozšiřovaly do povědomí širší veřejnosti. Z toho důvodu si myslím, že by nebyl problém sehnat více respondentů.

Sociální služby nejsou na tak špatné úrovni, jak jsem čekala, ovšem nutno podotknout, že mimo hlavní město Prahu je počet zařízení následné péče značně nedostatečný. Je zde také patrné finanční podhodnocení celého tohoto sektoru. Na druhou stranu jsem ale zjistila, že je velická potřeba pracovat s rodinami takto nemocných lidí. Tedy zaměřit se na edukaci. Pochopitelně i širší veřejnosti, ze které klienti mnohdy oprávněně cítí velkou nejistotu až strach. To je snad aktuálně na dobré cestě a již plno takovýchto programů probíhá. O schizofrenii se posledních pár let mluví více než dříve, stává se předmětem spousty televizních a audiovizuálních pořadů, posun je tedy patrný, nicméně změna postojů veřejnosti pozvolná. Dobrou reklamu však nedělají mediální aféry kolem trestných činů psychicky nemocných. Jedná se tedy rozhodně o téma velmi aktuální, ráda bych zde jen podotkla, že jsem si toto téma nevybrala jako jakoukoli reakci na tato dění.

Má práce by měla být přínosná v tom směru, že lidé, kteří se v této problematice zcela neorientují, by mohli z mé práce načerpat alespoň základní informace o tomto onemocnění a o návaznosti zdravotní péče na sociální péči, což se snad podařilo. Dále by měla být přínosná, co se týče přístupu k těmto jedincům; prostřednictvím svého výzkumu jsem chtěla mimo jiné poukázat na to, že není potřeba se těchto lidí bát, ale naopak být jim nápomocnými v jejich nelehkých životních cestách. Neškatulkovat je a nebrat je za jakkoli méněcenné, jelikož tito lidé nás mohou intelektuálně převyšovat a mohou být daleko statečnější, než by byl kdokoli z nás na jejich místě. Pokud by se mi prostřednictvím mé práce podařilo změnit pohledy alespoň malého zlomku těch, kteří schizofreniky stále vidí jako nepředvídatelné a nebezpečné, považovala bych to za největší přínos své práce. Toto

je mým velkým přáním. Všichni, s kterými jsem se setkala, byli velmi vřelí a nevypadali nikterak jinak než já nebo vy.

Jsem totiž toho názoru, že náš „normální“ a všední život mohou svými vhledy mnohdy velmi obohacovat. Pojdme se do těchto velmi citlivých lidí vcítit a pomoci jim procházet jejich ne špatnou, pouze trochu jinou pouť životem. Navíc bych ráda podotkla, že tito lidé bývají umělecky velmi nadaní. Jakoby jejich těžkosti byly kompenzovány jinými dary od Boha. Mnohdy krásně malují nebo píší básně, ze kterých můžeme mnohdy až bytostně cítit, v jakém rozpoložení se asi nacházejí a že jde o rozpoložení velmi nejistá a ustrašená. Z těchto uměleckých děl jsem byla doslova unešená. Proto si dovoluji připojit v přílohách alespoň malý výběr toho, s čím jsem se díky těmto lidem měla příležitost setkat a za což jim smekám obrovskou poklonu.

Seznam použité literatury

- OREL, M. A KOLEKTIV, *Psychopatologie*, 1. vydání, Havlíčkův Brod: Grada, 2012, str. 264, ISBN: 978-80-247-3737-9
- PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., *Psychiatrie v primární péči*, Praha: Mladá fronta, 2013, str. 855, ISBN: 978-80-204-2798-4
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 2. Vydání, Praha: Portál, 2010, str. 352, ISBN: 978-80-7367-818-0
- MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F., *Schizofrenie*, 1. Vydání, Praha: Galén, 2004, str. 437, ISBN: 80-7262-2773
- KUČEROVÁ, H., *Schizofrenie v kazuistikách*, 1. Vydání, Praha: Grada, 2010, str. 112, ISBN: 978-80-247-2045-6
- VÁGNEROVÁ, M., *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, 1. Vydání, Praha: Portál, 2014, str. 816, ISBN: 978-80-262-0696-5
- KALINA, K., *Jak žít s psychózou*, Praha: Portál, 2001, str. 247, ISBN: 80-7178-563-6
- ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H., *Psychopatologie a psychiatrie*, 1. Vydání, Praha: Portál, 2006, str. 320, ISBN: 80-7367-154-9
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., ŠPANIEL, F., *Schizofrenie, Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*, Praha: Mladá fronta, 2011, str. 110, ISBN: 978-80-204-2494-5
- LIBIGER, J., *Schizofrenie*, Praha: Psychiatrické centrum, 1990, str. 134, ISBN: 80-85121-13-1
- JAROLÍMEK, M., *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, Praha: Vyšehrad, 2006, str. 26
- PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, 1. Vydání, Praha: Portál, 2014, str. 248, ISBN: 978-80-262-0731-3
- BENSON NIGAL, C., *Seznamte se-Psychiatrie*, 1. Vydání, Praha: Portál, 2010, str. 176, ISBN: 978-80-7367-671-1
- ČEŠKOVÁ, E., PŘIKRYL, R. *Praktická psychiatrie*, Praha: Maxdorf, 2013, str. 143, ISBN: 978-80-7345-316-9
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D., *Psychiatrie - minimum pro praxi*, 5. Vydání, Praha: Triton, 2012, str. 239, ISBN: 978-80-7387-582-4

MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, 2. Vydání, Praha: Portál, 2008, str. 272, ISBN: 978-80-7367-368-0

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, 1. Vydání, Praha: Grada, 2008, str. 176, ISBN: 978-80-247-2138-5

MALÁ, E., *Schizofrenie v dětství a adolescenci*, 1. Vydání, Praha: Grada, 2005, str. 196, ISBN: 978-80-247-6908-0

PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTOVÁ, D., ŠÍPEK, J., *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, 2001, str. 89, ISBN: 80-85912-65-1

DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J., *Psychóza v životě-život v psychóze*, Praha: Maxdorf, 2008, str. 63, ISBN: 978-80-7345-156-1

MOŽNÝ, P., *Když se řekne psychóza*, Praha: Galén, 1997, 1999, str. 31

ZÁKON Č. 108/2006 *Sb. o sociálních službách*

WHO, *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10*. REVIZE, 2008, aktualizovaná verze z 2014, ISBN: 978-80-904259-0-3

Elektronické zdroje:

www.psychosy.cz.[online].[cit.2015-06-25].Dostupné z
http://www.psychosy.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=53

www.fokusvysocina.cz. [online]. [cit. 2015-05-20]. Dostupné z:
http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http://www.fokusvysocina.cz/document.ashx?file=Komunitni_pece_-_uvod.pdf&ei=5EKMVbPiNIfj7Abl84CYCQ&usg=AFQjCNFl1xv_IHfrG4lUB_y5GQtlO5b5pg&bvm=bv.96782255,d.ZGU

www.cuni.cz. [online]. [cit. 2015-06-03]. Dostupné z: <https://www.cuni.cz/UK-3390-version1-vida.pdf>

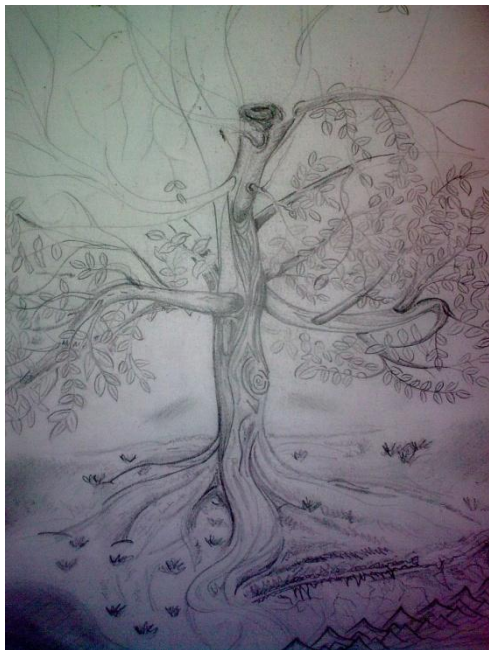
Summary

The objective of this dissertation was to describe and research the state and possibilities of social work concerning clients with schizophrenia in Czech Republic. In the theoretical part it presents the problematics of this disorder and shows it as a most severe disorder with a grave impact on life of the client. It informs about what are the possibilities of social services for this focus group as well as which methods of psychiatric rehabilitation are available in Czech Republic.

In the experimental part I've found out, that social services and the clients awareness about them aren't on a bad level, but there is much to be perfected. The research shows generally that the best way to get clients to participate at social services is to educate them more not only about the services, but also about their disorder. The clients also spoke often about being stigmatized and mentioned the need of education for their family and everyone else too.

Přílohy

Obrázek č. 1



Obrázek č. 2



Obrázek č. 3



Obrázek č. 4



Báseň respondenta I.

Být tím stínem prověřený,
vodou lehce povzbuzený,
přítečkyní nasycený,
za mřížemi probuzený,
básník jest jen poblouzněný,
i tím svědkem odsouzený.
K pokloně Já předurčený,
pod záminkou propuštěný,
od pasu snad narovnaný,
parfémem Tvým napojený,
člověk – bohém přirozený,
svým dítětem vytvořený.
Ohněm rudým opojený,
bronzem, stříbrem vyvážený,
citem předtím pozlacený,
překážkami vytižený,
bytím lidu – přednést stranný,
přitom znovu, a, ni stejný.
Býval plamen uzavřený,
větru vzduchem zalíbený,
za minulost pokáraný,
přes přítomnost přenesený,
s budoucností vždy smířený,
život darem připravený...
... znavený... ... smyšlený
... pokorný...